**Propositions de la Commission spécialisée en santé mentale du CTS93**

Table des matières

[**Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques** 4](#_Toc515014300)

[Constats : 4](#_Toc515014301)

[FAIRE EVOLUER L’OFFRE 5](#_Toc515014302)

[**DONNER TOUTE SA PLACE AUX USAGERS et leurs proches** 6](#_Toc515014303)

[**RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS** 6](#_Toc515014304)

[**DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE** 6](#_Toc515014305)

[**DEVELOPPER DES MOYENS TECHNOLOGIQUES MODERNES OU INNOVANTS** 6](#_Toc515014306)

[Accès aux soins somatiques 7](#_Toc515014307)

[Constats : 7](#_Toc515014308)

[**FAIRE EVOLUER L’OFFRE** 7](#_Toc515014309)

[**RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS** 8](#_Toc515014310)

[**DEVELOPPER DES MOYENS TECHNOLOGIQUES MODERNES OU INNOVANTS** 8](#_Toc515014311)

[**FONDER UNE POLITIQUE GENERALE DE PREVENTION EN SANTE** 8](#_Toc515014312)

[Prévention et gestion des situations de crise 8](#_Toc515014313)

[Constats : 8](#_Toc515014314)

[**FAIRE EVOLUER L’OFFRE** 9](#_Toc515014315)

[**RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS** 9](#_Toc515014316)

[**RENFORCER LE LIEN AVEC LES PROCHES** 10](#_Toc515014317)

[Situations et hospitalisations inadéquates 10](#_Toc515014318)

[Constats 10](#_Toc515014319)

[**FAIRE EVOLUER L’OFFRE** 11](#_Toc515014320)

[**RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS** 11](#_Toc515014321)

[Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux 12](#_Toc515014322)

[Constats 12](#_Toc515014323)

[**FAIRE EVOLUER L’OFFRE** 12](#_Toc515014324)

[**RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS** 13](#_Toc515014325)

[Annexes 13](#_Toc515014326)

[Liste des participants de la CSSM 93: 13](#_Toc515014327)

[Les six priorités de la santé mentale pour l’Ile de France dans le PRS2 14](#_Toc515014328)

[**Priorité 1 : Faire de l’intervention précoce le fil conducteur des organisations,** 14](#_Toc515014329)

[**Priorité 2 : faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé** 14](#_Toc515014330)

[**Priorité 3 : faire de la continuité des parcours le critère premier d’évaluation des organisations et des pratiques** 15](#_Toc515014331)

[**Priorité 4 : agir pour des pratiques « orientées rétablissement »** 15](#_Toc515014332)

[**Priorité 5 : Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain** 15](#_Toc515014333)

[**Priorité 6 : soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes** 16](#_Toc515014334)

Les propositions de la **commission spécialisée en santé mentale** (CSSM93) du CTS-93 reposent sur un travail collectif fait par des acteurs de la santé mentale (liste en annexe) et pilotés par madame Sophie Albert, Directrice générale de l’EPS-VE.

Ils se sont appuyés sur leurs expériences, sur le projet médical relatif à la santé mentale des deux GHT et de l’EPS-VE, sur le travail fait par les commissions de la communauté psychiatrique de territoire (CPT93) et sur des éléments de **diagnostic territorial**. Les contributions, lorsqu’elles ont fait l’objet d’un document, sont en annexe *in extenso*. Ces propositions n’ont pas été classées ni priorisées car il a été considéré que ce travail de hiérarchisation nécessitait des informations sur les moyens et les responsabilités nécessaires souvent manquantes. Le plan initial (propositions par offre sectorielle) a été jugé trop cloisonné et pour cette raison il a été décidé collégialement de reprendre le plan de l’ANAP sur les parcours et leurs points de rupture. Pour autant nous avons opté de rappeler des principes d’action au sein de chaque point de la rosace. Le PRS2 est connu depuis mars 2018, et nous avons fait en sorte de ne pas avoir d’incohérence avec les priorités énoncées dans le SRS (liste des priorités du SRS en annexe).

De plus en plus de professionnels et d’acteurs de la santé mentale s’accordent sur le fait que les questions que celle-ci pose, nécessitent des **approches préventives et transversales**. Les succès récents au sein de la psychiatrie de la notion de rétablissement et des pratiques en faveur de l’éducation thérapeutique, comme les actions engagées via les conseils locaux de santé mentale au sein des collectivités locales avec des panels de partenaires très élargis (secteurs médico-social et social, de l’emploi et de l’insertion, bailleurs, éducation nationale, Police nationale…) en témoignent très largement.

Ces évolutions font ainsi ressortir l’importance de questions minorées dans le nouveau Plan Régional de Santé, par ailleurs tout à fait novateur concernant les chantiers propres à la santé mentale. Il s’agit en l’occurrence des questions liées :

* à l’échelle territoriale pertinente pour la mise en œuvre des actions,
* à la priorité à donner aux approches préventives et de promotion de la santé, qui peuvent être mises en œuvre tant par des professionnels du soin que par d’autres acteurs, y compris les personnes concernées elles-mêmes,
* aux critères de priorisation utilisés pour le déploiement des moyens dans les différents départements qui connaissent des situations sanitaires, médico-sociales et sociales très contrastées.

Ces questions recoupent d’ailleurs très exactement les trois grands principes mis en avant par le PRS : la réduction des inégalités, l’importance de la prévention, le territoire comme levier des actions

Si la question du territoire est ainsi mise en avant tout au long du PRS 2, sa définition et sa délimitation restent le plus souvent en suspens. Or il ressort de diverses actions et expérimentations menées dans le cadre de conseils locaux de santé mentale que **l’échelle des villes et des agglomérations** est souvent pertinente. En effet, cette échelle correspond dans bien des cas non seulement aux limites des secteurs de psychiatrie (généraux comme infanto-juvéniles), mais aussi à des bassins de vie, et donc pour les personnes en souffrance psychique, à des parcours de soins. Ce niveau de réflexion et d’intervention permet également d’**organiser la transversalité et la prévention** en s’appuyant sur les réseaux locaux de partenaires et sur les élus. Ces derniers, par leur capacité de convocation et de réunion des acteurs, apparaissent ainsi comme d’importants facilitateurs et animateurs de larges concertations, mais aussi comme des garants des besoins des territoires, y compris concernant les actions de prévention. Les travaux menés autour des compétences psychosociales par des structures municipales ou associatives (centres sociaux, crèches, maisons des parents…) en sont un bon exemple.

L’autre question concerne **les moyens susceptibles d’être déployés**, mais aussi les critères d’arbitrage qui pourront motiver tel ou tel déploiement. La situation présente du territoire de la Seine-Saint-Denis, comme les prévisions futures concernant aussi bien l’accroissement de la population, la hausse des inégalités sociales que la démographie médicale…dans ce département, font en effet ressortir l’urgence de penser des moyens spécifiques permettant tout à la fois le financement de rattrapages –comme dans le secteur médico-social avec la mise en œuvre conjointe par l’ARS et le Département d’un Plan Défi Handicap-, d’innovations –ainsi de la Plateforme Jeunesse et santé mentale expérimentée à Saint-Denis et Saint-Ouen-, et d’une offre de soins en rapport aux besoins déjà existants ou attendus.

C’est pourquoi, si le plan des propositions se fonde sur la méthodologie de **l’ANAP** et notamment sur la « rosace » (figure 1) qui identifie pour chaque étape du parcours de santé mentale, un point de rupture, il est proposé des actions allant bien au-delà des réponses actuelles des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

L’ANAP[[1]](#footnote-1) dans une étude d’observation[[2]](#footnote-2) de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques, a identifié 5 passages à haut risque de rupture ou défaillance dans le parcours de soins et de santé :

* L’accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
* Les hospitalisations inadéquates ;
* L’accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
* L’accès aux soins somatiques ;
* La prévention et la gestion des situations de crise.

Partant de cette approche, plusieurs constats ont été réalisés : la régulation et le financement séparés des secteurs sanitaire, médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours ; la non-demande de nombreux patients est une caractéristique des maladies psychiatriques ; le handicap psychique reste encore méconnu des professionnels du sanitaire et médico-social ; la faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu.

La CSSM de la SSD a organisé ses propositions pour alimenter le **projet territorial de santé mentale**(PTSM) en tenant compte des cinq points de rupture de parcours comme un cadre organisant les propositions. Deux recommandations cadres ressortent des discussions :

* mettre en place pour chaque point un ou plusieurs indicateurs ex : suivre le délai de premier rendez-vous en CMP
* réfléchir à un échelon infra territorial pertinent pour la conduite de projet tant ***l’offre de soins sanitaire, médico-sociale et sociale est complexe donc opaque par le nombre d’interlocuteurs de terrain, d’interlocuteurs institutionnels et de mode de financement.***

**Figure 1 : la rosace de l’ANAP**

Parcours de vie des personnes

#

# **Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques**

L’accès au diagnostic et aux soins psychiatriques reposent sur une offre de soins sanitaire (secteurs, lits, offre ambulatoire, psychiatres, infirmiers, psychologues, orthophonistes etc.) adaptée aux besoins, compréhensible de tous et réactive. Le secteur est le pivot de cette organisation.

##  Constats :

* La démographie populationnelle « explose » (200 000 habitants de plus en 2026***[[3]](#footnote-3)***),
* Les 18 secteurs de psychiatrie générale et les 5 secteurs de pédopsychiatrie sont confrontés à une augmentation de leur bassin de soins.
* La démographie médicale et para médicale diminue. La psychiatrie libérale est faible.
* Le taux de lits pour mille habitants est un des plus bas de France (0,4lits/1000 hab. versus 0,6 en IDF). Les tensions capacitaires sont réelles (plus de 90% de TOC en UHTP***[[4]](#footnote-4)*** à EPS-VE)
* Les délais d’accès aux CMP pour un premier rendez-vous sont longs (cet indicateur n’est pas réellement quantifié) surtout en pédopsychiatrie.
* Malgré l’augmentation de la violence, il n’existe aucune structure pour des patients relevant de prises en charge dans un cadre contenant.
* La précarité mesurée par des indicateurs composites est une des plus élevée de France et pèse sur le système de soins (durée de séjour, non recouvrement etc.) et sur le recours aux soins.
* La population des jeunes et adolescents est quantitativement plus importante (40%) que dans d’autres départements et est exposée aux ruptures (familiales, scolaires). L’offre de prise en charge repose sur 3 maisons des ados et 22 lits dispersés entre trois structures. La tranche 16-21 ans est diversement prise en charge entre PIG et PG.
* Les personnes âgées, plus faiblement représentées que dans d’autres départements (< 15%) sont plus souvent isolées, poly pathologiques et le département ne dispose que de 18 lits géronto-psychiatriques.
* la psychiatrie de la SSD est peu attractive pour les jeunes psychiatres : 1 PUPH en pédopsychiatrie, aucun en psychiatrie générale
* Malgré les preuves apportées à l’intérêt de la sismothérapie, l’offre est insuffisante au vu des besoins et les délais d’accès sont longs

**Compte tenu des éléments du diagnostic et pour améliorer l’accès au diagnostic et aux soins, la CSSM souhaite**

## **FAIRE EVOLUER L’OFFRE**

1. En soutenant **la création et/ou le renforcement des secteurs** de psychiatrie dans une vision innovante et adaptée aux spécificités du territoire
2. En développant l’offre de **sismothérapie** dont les besoins ne sont pas couverts[[5]](#footnote-5)
3. En mettant en place un cadre contenant : une unité départementale pour malades difficiles **(UPID)** différente de l’UMD et l’UHSA, calibrée sur les besoins actuels et à venir.
4. En renforçant les prises en charge géronto-psychiatriques
	1. par des équipes mobiles sur la base d’une évaluation de l’existant et d’un cahier des charges pour une couverture totale du département
	2. par des moyens d’hospitalisation après évaluation des capacités existantes
	3. par une formation spécifique des binômes référents (médecin, infirmier) désignés au sein de chaque CMP adulte
	4. par le développement de la télémédecine avec les EPHAD
5. En ouvrant des lits supplémentaires pour garantir l’accueil des adolescents en pédopsychiatrie ou dans des unités adaptées de psychiatrie adulte
6. en créant des lieux d’accueil et de soins spécifiques pour adolescents : un hôpital de jour par secteur, CATTP, équipe mobile.
7. En renforçant les moyens des centres du langage au sein des CMP et des CMPP
8. En mettant en place dans chacun des services de périnatalité, une unité spécifique de psychiatrie périnatale et une unité d’hospitalisation à temps plein mère/bébé
9. En équipant tous les services d’un hôpital de jour enfant autiste pour permettre les prises en charge intensives et précoces selon les recommandations[[6]](#footnote-6).
10. En favorisant l’accueil et la prise en charge des personnes en situations de handicap par la mise en place de partenariats entre le sanitaire et le médicosocial
11. En favorisant les délégations de compétences et de tâches entre médecins et personnel chargé de la prise en charge en santé mentale
12. En sensibilisant et formant les professionnels de premiers recours (MG, centres municipaux de santé, pédiatres, AMP) à la santé mentale

### **DONNER TOUTE LEUR PLACE AUX USAGERS et leurs proches**

1. En développant **l’éducation thérapeutique** pour les usagers, les familles, les aidants (ex : programme pro-famille d’EPS-VE[[7]](#footnote-7)).
2. En favorisant l’accès des familles à l’information, la formation et l’accompagnant de l’usager dans les démarches courantes par la mise en place d’une maison des usagers départementale
3. En adaptant des supports de communication afin d’aider la personne handicapée à comprendre le parcours

### **RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS**

1. En développant un continuum adolescent-jeune adulte pour les 16-21 ans sur la base d’une charte du continuum
2. En disposant dans chaque CMP d’un référent CUMP travaillant en réseau avec la CUMP d’Avicenne
3. En désignant un réfèrent gériatrie dans chaque secteur (charte)
4. En systématisant les partenariats avec les EHPAD dans un accord de réciprocité. Ce partenariat s’accompagne notamment d’une formation du personnel pour un meilleur repérage et prise en charge des troubles relevant effectivement de la psychiatrie
5. En poursuivant le développement, l’implantation et le dynamisme des réseaux de périnatalité : soutien des réseaux existants et ré articulation avec les différents acteurs nécessaires : unités de périnatalité, PMI, pédiatrie, psychiatrie adulte et pédopsychiatrie
6. En renforçant le maillage des trois MDA[[8]](#footnote-8), les équipes et en organisant leur complémentarité avec les dispositifs adolescents existants.
7. En développant les partenariats entre l’éducation nationale/ et le secteur médico-social[[9]](#footnote-9).
8. En mettant en place des partenariats sous l’égide des CSAPA, entre psychiatrie, psychologues, gastro-entérologie, neurologie, secteur social et médicosocial
9. En favorisant les prises en charge mixtes addictologie/psychiatrie

### **DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE**

1. En agissant auprès des Universités concernées pour nommer des universitaires de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile en SSD.
2. En incitant les universités de SSD à développer la recherche en santé mentale notamment dans les domaines de l’épidémiologie et des sciences sociales[[10]](#footnote-10) :
3. En mettant en place un dispositif territorial de recherche et formation en santé mentale en SSD (3 DTRF actuellement en IDF)
4. En soutenant la création d’un **Centre d’Ethique Sociale**

### **DEVELOPPER DES MOYENS TECHNOLOGIQUES MODERNES OU INNOVANTS**

1. En disposant d’outils facilitant l’accès aux soins via les réseaux sociaux ou via des applications spécifiques[[11]](#footnote-11)
2. En développant la téléconsultation en psychiatrie au libre choix du patient et des familles
3. En développant la téléconsultation pour les personnes âgées (déjà mise en place dans certains territoires)
4. En développant outils et applicatifs de réalité virtuelle pour certaines pathologies
5. En développant les plateformes numériques de partage d'information pour :
	1. optimiser les retours d’information entre soignants et équipes éducatives
	2. soutenir les dispositifs de gestion des cas complexes
	3. utiliser le monde virtuel pour optimiser l'accompagnement et les soins de proximité à domicile
6. En mettant en place un site internet interactif à la disposition des usagers et des professionnels permettant de décrire la diversité de l’offre et des pratiques de coordination –coopération existant en Ile de France
7. En développant des outils partagés communs de communication entre les professionnels du territoire : dossier patient partagé, messagerie sécurisée…

# Accès aux soins somatiques

## **Constats :**

La prévalence des pathologies somatiques chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est élevée. En effet, « *le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus* *élevé dans la schizophrénie que dans la population générale et l’espérance de vie est diminuée de 20 %* *chez les patients atteints de schizophrénie. Cette diminution serait due pour un tiers au passage à l’acte* *suicidaire, le reste étant lié à des maladies physiques, aux difficultés d’accès aux soins et à des conditions* *socio-économiques défavorables. Parmi les maladies physiques en cause dans la surmortalité observée chez* *les patients schizophrènes, figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de* *risques sont l’obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète et les troubles du métabolisme lipidique*».Certains neuroleptiques participent à cette surmortalité, soit en provoquant des morts subites, soit en induisant des syndromes métaboliques ou des obésités favorisant les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Le risque de mortalité augmente avec le nombre de neuroleptiques différents prescrits.Les constats issus des acteurs de terrain montrent que cette réalité sous-estimée est encore mal prise en compte, tant dans les équipes de psychiatrie publique hospitalière que par les médecins généralistes.

L’offre somatique pour les malades psychiatriques en SSD montre une situation favorable mais pouvant être renforcée à savoir :

* une plateforme de consultations somatiques au sein de l’EPS-VE accessible aux patients de l’EPS-VE hospitalisés ou ambulatoires
* deux PASS départementales : PASS somatique et PASS dentaire.
* Une unité d’addictologie de type ELSA.
* Des compétences en gériatrie
* Une consultation dédiée handicap

**Les actions à soutenir pour favoriser l’accès aux soins somatiques des malades psychiatriques en SSD sont :**

### **FAIRE EVOLUER L’OFFRE**

1. En mettant en œuvre la consultation dédiée handicap[[12]](#footnote-12) du pôle CRISTALES de l’EPS-VE et l’étendre à d’autres partenaires
2. En développant l’accès aux soins des patients dyscommunicants par le renforcement de la consultation (réponse à l’instruction DGOS d’octobre 2015) et/ou d’un accueil en hôpital de jour. Dans ce contexte, un partenariat sera à mener avec l’équipe experte DEFIscience de l’AP-HP.
3. En sensibilisant les partenaires hospitaliers (urgences notamment) à la prise en charge des patients dyscommunicants (plaquette)

### **RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS**

1. En mettant en œuvre la charte partenariale nationale médecine générale psychiatrie de secteur
2. En impliquant la médecine de ville mais aussi le soin infirmier libéral, associatif et municipal (SSIAD), via le développement des pratiques avancées et des délégations de tâche (IDE ASALEE par exemple)En disposant d’un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres en SSD
3. En systématisant (conventionnant) l’accès aux soins de la plateforme soins somatiques de l’EPS-VE à d’autres structures (structures médico-sociales, structures sociales et médecine de ville). *Ce point concerne aussi les patients autistes ou souffrant de troubles envahissant du développement, aux patients complexes des unités de patients hospitalisés au long cours, aux résidents des structures médico-sociales présentant un handicap psychique et ou mental ou des troubles neurocomportementaux*. *Un conventionnement est nécessaire pour permettre un accès facilité et sans délai aux consultations spécialisées et aux plateaux techniques d’imagerie des GHT du 93 pour les patients de l’EPS-VE ;*
4. En mettant en place une politique de prévention et d’éducation thérapeutique dans les services de psychiatrie générale et PIJ du département. comprenant :
	1. Dépistages des cancers, des IST, des risques cardiovasculaires, des problèmes gynécologiques et de surcharge pondérale en partenariat avec les GHT du 93.
	2. Campagnes de vaccination et de dépistage ;
	3. Bilans de santé par la CPAM par le biais de conventions UDAF/CPAM sur les structures ambulatoires ;
	4. Promotion de la lutte contre les addictions par l’ELSA de l’EPS-VE et intégration dans le dispositif de coordination départemental pour faciliter les relais ;
	5. Éducation thérapeutique sur les médicaments psychotropes et sur les comorbidités psychiatriques notamment pour les associations d’usagers et des personnes souffrant de troubles psychiques (exemple réseau des entendeurs de voix)

### **DEVELOPPER DES MOYENS TECHNOLOGIQUES MODERNES OU INNOVANTS**

1. En développant la télémédecine pour favoriser l’accès aux soins de la plateforme de soins somatiques déjà existante (CRISTALES)
2. En mettant en œuvre la téléconsultation et/ou la télé expertise en soins dentaires

### **FONDER UNE POLITIQUE GENERALE DE PREVENTION EN SANTE**

43. Favoriser l’accès à une alimentation saine (AMAP/autoproduction au sein des HDJ par exemple), à l’activité physique (sports…), aux soins du corps (relaxation, sophrologie, yoga, chant…) et à l’expression (médiations culturelles)

# Prévention et gestion des situations de crise

## **Constats :**

Malgré le déploiement d’un maillage territorial important (**18 secteurs adultes et 5 secteurs pédopsychiatriques**), le rôle de premier recours des CMP (**26 CMP adultes et 35 CMP enfants et adolescents**) est entravé par des délais d’attente très longs, particulièrement en pédopsychiatrie. Cet indicateur ne fait pas l’objet de suivi automatisé dans tous les CMP mais les délais rapportés vont de 15 jours à 6 mois. A contrario, les CMP qui mettent en place des consultations rapides pour les crises ou les primo consultants voient les délais d’attente augmenter sur une liste parallèle. D’une manière générale, l’entourage (famille, bailleurs, travailleurs sociaux) est démuni devant le refus de soins des patients et les modalités limitées pour les accompagner dans les soins.

En parallèle, le recours aux services d’urgences est plus fréquent et peu adapté. Un certain nombre de patients sont récurrents, et à eux seuls concernent 20% des passages. Ce sont le plus souvent des patients souffrant de schizophrénie, de troubles de la personnalité, et pour près de 40% d’entre eux, désocialisés. Entre 33 et 50% d’entre eux sont systématiquement hospitalisés après leurs passages. Aucun chiffre n’est disponible en SSD sur ces ré hospitalisations. Le dispositif d’urgences psychiatriques ou permanence des soins repose sur **12 lignes de garde récemment réduit à 11 lignes de garde pour un volume d’urgences estimé à 8000-10 000. Le dispositif est complexe comportant des CAC[[13]](#footnote-13), des SAU doté de lits d’aval (UHCD) et d’autres pas.**

Peu d’études ont été réalisées sur les critères qui motivent l’hospitalisation en aval, mais ils sont largement contextuels. Les alternatives restent parfois difficiles à construire, mais l’hospitalisation n’apporte pas toujours un bénéfice en termes de maintien à long terme : ainsi, 50% des rendez-vous qui suivent l’hospitalisation en urgence ne sont pas honorés et 50% des SDF passés par l’hospitalisation sont en rupture de soin. En revanche, il est montré que l’intervention de crise dans le milieu (IAD), ainsi que le soutien à l’entourage amélioraient l’adhésion aux soins et diminuaient les ré hospitalisations. Les IAD dépendent de la volonté des responsables de secteurs, des moyens dont disposent l’équipe et ne sont pas systématiques ; elles ne sont pas non plus corrélés à la taille de la file active[[14]](#footnote-14). Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) est un dispositif adapté à ce type de situations pour les personnes les plus précaires ; elles sont au nombre de 5 ce qui fait du département un des plus soutenus[[15]](#footnote-15).

L’accompagnement de la famille est fondamental pour l’alliance car il a été relevé que le caractère « violent et brutal » du recours à l’urgence a une répercussion traumatique sur le vécu des soins par les familles, conduisant à de la défiance. Il est par ailleurs étonnant de remarquer qu’en parallèle, aux urgences, les violences aux personnels de santé sont importantes.

**Les actions à soutenir pour favoriser la prévention de la crise et la diminution du recours aux urgences des malades psychiatriques en SSD sont :**

### **FAIRE EVOLUER L’OFFRE**

1. En évaluant les équipes et leurs moyens pour développer les interventions à domicile (IAD)[[16]](#footnote-16) notamment sur les lieux de vie (école, domicile, Ets d’hébergements) ainsi que l’HIAD
2. En rédigeant un référentiel des interventions à domicile adapté au département
3. En évaluant le rôle et les actions menées par les EMPP
4. En simplifiant l’organisation des urgences :
	1. Repenser l’implantation et le rôle des CAC
	2. Adosser aux urgences des lits d’aval
	3. Rationnaliser les lignes de garde
	4. Disposer d’une ligne téléphonique d’orientation dédiée aux professionnels pour les urgences psychiatriques
5. En déployant la charte nationale des **urgences psychiatriques** dans tous les SAU
6. En remettant en place l’observatoire de la violence dans les structures de soins

### **RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS**

1. En réaffirmant le rôle pivot des CMP dans l’accès aux soins et le projet de soin personnalisé.
2. En mettant en place des règles communes (charte) notamment pour le premier accueil (optimisation des listes d’attente) dont le délai ne doit pas excéder 15 jours
3. En organisant la réponse à l’urgence en améliorant l’articulation SAU pédiatriques, CMP, unités de liaison en pédiatrie.
4. En demandant à la fédération des urgences psychiatriques et à la commission urgences de la CPT93 d’assurer une animation territoriale (MG, SAMU, SMUR, SAU, Pompiers, SAMU Social etc.)

### **RENFORCER LE LIEN AVEC LES PROCHES**

51. En améliorant l’information donnée aux familles sur les modalités d’accès aux soins psychiatriques (SL, SDT, SDRE) et de leurs mises en œuvre effectives (CAC, SAU, SAMU, plaintes auprès de la PN)[[17]](#footnote-17)

# Situations et hospitalisations inadéquates

## **Constats**

**Les hospitalisations inadéquates**

La définition d’une hospitalisation au long cours fait référence à la durée de l’hospitalisation = 292 jours d’hospitalisation (cumulés ou en continu)*.* A l’EPS-VE, parmi les patients hospitalisés en 2017[[18]](#footnote-18), on compte dans les unités d’hospitalisation temps plein, un jour donné, une personne sur quatre à une personne sur deux en situation de grande vulnérabilité ou de dépendance institutionnellequi restent hospitalisées faute de solution d’aval à la sortie (manque de place, échec d’orientation et de projet d’intégration). L’impact de la pathologie sur la situation sociale est d’autant plus important que la population et les conditions de vie sont marquées par des facteurs sociaux défavorables. On note également dans le 93, un déficit de places en structures médico-sociales et sociales au regard du nombre de personnes en attente de solution. )… Certains de ces patients sont orientés vers des structures belges.[[19]](#footnote-19) Parmi ces patients on retrouve :les personnes souffrant de psychoses avec risque de passage à l’acte et notion de dangerosité.Les personnes souffrant de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle et trouble du comportement de type comportement-problèmes/comportements-défi qui ne parviennent pas à trouver de lieu d’accueil dans le médico-social.Les personnes vieillissantes, stabilisées sur le plan psychiatrique mais incapables de vivre seules, trop âgées pour aller en foyer de vie, trop jeunes pour aller en maison de retraite.

**Hospitalisations sous contraintes** L'hospitalisation peut être demandée par un membre de la famille du malade ou une personne ayant un intérêt à agir (tuteur ou curateur) : il s'agit de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), en urgence ou non (SDT ou SDTU). L'hospitalisation peut également être demandée par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil ou par le préfet (hospitalisation d'office (HO) ou soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE)). Une étude de 2015[[20]](#footnote-20) a montré que la SSD faisant partie des départements présentant une proportion élevée de patients admis en SPI (sous péril imminent) parmi les patients admis en soins sans consentement. Un des objectifs quantifiés du SRS est une diminution de 6 points des soins sans consentement.

**Les situations inadéquates**

**L’accès au logement et à l’hébergement** est un des points cruciaux des préoccupations des services, et en particulier des assistants sociaux. Avoir un logement, un chez soi et s’y sentir bien, n’est pas à la portée de tous. Les patients suivis en psychiatrie sont souvent exclus de l’accession à un appartement de type logement social. Les raisons sont diverses : manque d’autonomie et d’accompagnement adapté (sanitaire et social), état psychique non stabilisé, ressources trop faibles, stigmatisation de la maladie mentale. Un des leviers pour répondre aux besoins des usagers en matière de logement est d’améliorer les articulations entre les secteurs et les bailleurs sociaux et de réfléchir à des pistes telles que les appartements associatifs, les baux glissants, une réflexion collective avec les élus au sein des CLSM. Les articulations sont indispensables mais, étant donné les difficultés de logements dans le département, elles ne suffiront pas ; la création de logements sociaux, de logements adaptés et des places d’hébergement sont nécessaires et l’articulation complètement insuffisante aujourd’hui. Accéder à des places d’hébergement, par l’intermédiaire du Service intégré d’accueil et d’orientation[[21]](#footnote-21), est une réelle difficulté[[22]](#footnote-22) : cette plateforme créée en 2010 centralise toutes les demandes d’hébergement et recense toutes les places d’hébergement départementales (centre d’hébergement d’urgence, centre d’hébergement de stabilisation, centre d’hébergement et de réinsertion sociale, foyer de jeune travailleur, résidence sociale, maison relais/pension de famille, résidence accueil, … , de la rue au logement). Elle oriente vers les structures les plus adaptées les personnes sans abri ou risquant de l’être. Des initiatives locales existent en SSD avec pour objectifs de faire des propositions innovantes auprès des décideurs (exemples secteurs G10, G13, G14, UDAF, UNAFAM, CLSM)….et pourraient se développer, comme le [Logement d’abord](https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord) (qui sera déployé en Seine Saint-Denis, courant 2019) ou un [Chez soi d’abord](https://www.gouvernement.fr/un-chez-soi-d-abord-parution-du-decret-perennisant-le-progamme) voire de s’inspirer du dispositif construit entre l’Observatoire d’addictologie 93 et le SIAO93.

**Le SIAO 93** travaille via deux commissions : la Commission Partenariale d’Orientation (CPO) pour les situations relevant du champ de l’insertion et la Concertation Technique de l’Urgence (CTU) où sont invités tous les acteurs du social, du médico-social et du sanitaire autour de questions complexes associant problèmes d’hébergement et autres problèmes (dont un nombre significatif de situations intriquées mêlant problématiques sociales et de santé mentale), où il est nécessaire que les acteurs des champs connexes coordonnent leurs interventions. On rappelle que 31.5% des personnes sans logement ont des troubles psychiatriques sévères[[23]](#footnote-23). C’est la raison pour laquelle un partenariat fort a été noué entre le Siao 93 et la coordination de l’action sociale de Ville Evrard (partenariat qu’il serait nécessaire d’évaluer afin de lui donner un nouvel élan). La CTU se réunit chaque vendredi matin à Montreuil et compte avec la participation des assistantes sociales de CMP (grâce à l’intervention de la coordination de l’action sociale de Ville Evrard), de l’EMPP La Boussole depuis 2011 et plus récemment de Rivages[[24]](#footnote-24).Si les EMPP ont vocation à participer à ces réunions, il n’y a pas d’évaluation ni de leur participation ni du bilan. Idem avec les PASS. Par ailleurs, des coordonnateurs CLSM ont participé à des réunions du CTU ce qui a produit des échanges importants. Une CTU expérimentale (2016) a été mis en place à Saint Denis, à l’échelle du territoire de l’hôpital Delafontaine, sur un rythme de réunions mensuelles (depuis janvier 2018). Les principes sont les mêmes que ceux de la CTU ayant lieu à Montreuil à savoir une réflexion et une action partagées autour des situations présentées, entre les acteurs de la chaîne de prise médico-psycho-sociale afin de décliner la notion d’accompagnement global et ce, afin de limiter les ruptures de parcours et d’améliorer la qualité du service rendu.

**Les actions à soutenir pour diminuer les situations et hospitalisations inadéquates**

### **FAIRE EVOLUER L’OFFRE**

1. En renforçant l’accueil de jour (HDJ) et l’évaluation dédiée aux handicapés psychiques, déficients intellectuels, et TDSA.
2. En menant une enquête départementale pour analyser le profil des patients au long cours des secteurs de PG en SSD afin d’établir la cartographie des besoins en hospitalisation, et mener des plan d’actions partenariaux.
3. En réduisant la part des hospitalisations sans consentement par un programme de formation des équipes
4. En mettant en place un accueil téléphonique et une permanence de liaison entre les praticiens hospitaliers, les personnes en situation de handicap, les aidants familiaux, les professionnels médico-sociaux.
5. En appuyant la création d’une **cellule médico-sociale** souple et réactive, dont la mission sera de soutenir les personnes en situation de handicap, leurs familles et les aidants de proximité dans la complexité des hôpitaux.
6. En développant **l’hospitalisation à domicile** des malades handicapés
7. En développant le suivi post- hospitalisation des personnes handicapées.

### **RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS**

1. En mettant en place une équipe de liaison en lien avec les partenaires ESMS : il s’agira de favoriser la réflexion et les pratiques professionnelles autour de ces besoins spécifiques par les équipes de droit commun, avec le soutien d’une équipe ressource, transversale.
2. En travaillant sur les outils/savoirs/ méthodes de travail à mobiliser afin de répondre à ces besoins
3. En faisant la promotion de la formation spécifique transdisciplinaire DEFI et la mise en place des consultations et prises en charges conjointes avec les services de la filière DEFISCIENCE.
4. En proposant une expérimentation de plateforme ressource, innovante en psychiatrie (sur le modèle des MAIA) **utilisant des sources de financement FIR afin de**
	1. Développer le partenariat en lien avec la MDPH et les ESMS
	2. Réaliser la mise en place d’une commission des hospitalisations longues et des parcours complexes
	3. Réaliser un état des lieux et la définition des besoins spécifiques non pris en compte.
	4. Garantir la coordination dans le domaine de l’accompagnement à la vie sociale des personnes hospitalisées (activité sportive et culturelle).
5. En créant un dossier patient spécifique à la personne handicapée pour une meilleure cohérence et coordination de son parcours hospitalier, médico-social et social.
6. En élaborant un document de liaison, de suivi des urgences, et de formation des travailleurs sociaux aux droits de l’usager à l’hôpital
7. En affichant une Charte d'accueil de la personne handicapée et de son entourage.
8. En soutenant les actions du SIAO 93[[25]](#footnote-25) :
	1. Faire que l’ensemble de coordonnateurs CLSM puissent participer, avec leurs partenaires de la psychiatrie de secteur, à au moins une réunion du CTU. Les objectifs recherchés sont une meilleure sensibilisation/compréhension des problématiques d’hébergement et une incitation à prendre attache avec les structures d’hébergement de leurs territoires communaux
	2. Evaluer l’action des EMPP au sein :
		1. des CTU du SIAO
		2. au sein des structures d’hébergements et des hôtels 115 de leurs territoires d’intervention
	3. Construire un groupe de travail ou une instance de régulation (état des lieux, préconisations, actions, ajustements) relatif aux problématiques liées aux publics cumulant ces difficultés (pour exemples, aborder la question d’une référence hébergement/logement au sein des CMP, travailler à l’amélioration des articulations avec les territoires extra-départementaux, identifier les secteurs dépourvus de résidences accueils, etc)

# Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

## **Constats**

Voir les documents du groupe d’appui de l’Ars et de la FASSM

Dès 2004 la préoccupation en SSD a été d’améliorer la collaboration entre les champs sanitaires et sociaux et l’accès aux structures médicosociales et sociales. Pour ce faire l’Ars (auparavant la DASS) a mis un groupe d’appui action sociale en santé mentale, instance de concertation réunissant le sanitaire et le social. En 2018  le groupe se réunit toujours et de nombreux professionnels y participent : les EMPP, la Pass psy, des psychiatres, des acteurs de la ville, les coordinateurs CLSM, la DRIHL etc.

3 actions territoriales émanent de groupe d’appui :

L’instauration d’un processus de concertation locale pluri institutionnelle à l’échelle du secteur de psychiatrie, notamment par le biais des RESAD (Réunions ou réseaux d’Evaluation des Situations d’Adultes en Difficultés),

Le développement de stratégies de liaison, notamment par la création d’équipes mobiles « psychiatrie et précarité » (EMPP) et d’une Permanence d’Accès aux Soins de Santé (PASS) psychiatrique,

Le renforcement du partenariat grâce à la mise en place de la Formation Action Sociale/Santé Mentale destinée aux professionnels de l’action sociale.

**Les actions à soutenir pour favoriser l’accès aux accompagnements médicosociaux et sociaux des malades psychiatriques en SSD sont :**

### **FAIRE EVOLUER L’OFFRE**

1. En ajustant le nombre de places nécessaires aux besoins
2. En soutenant les RESAD pour une couverture totale du département : [[26]](#footnote-26)
3. En mettant en place des réunions RESAD mixte addiction/psychiatrie
4. En étendant les GEM dans le département (groupes d’entraide mutuelle). Leurs résultats sont plébiscités et ils démontrent que des outils peu onéreux, mais très adaptés aux besoins, peuvent avoir des effets positifs.
5. En mettant en place une RCP médico-sociale pour les personnes vulnérables à l’image de ce qui existe dans le réseau ACsanté
6. En organisant des actions de formation sur l’adolescence pour le secteur médico-social, la Justice, l’Aide Sociale à l’Enfance et l’Education nationale
7. En augmentant la capacité des services *« soins études »* en partenariat avec l’Education Nationale.
8. En favorisant l’accès à l’hébergement des populations précaires souffrant de troubles psychiatriques et/ou d’addiction
9. En agissant pour le maintien ou l’accès au logement, accompagné ou autonome (par exemple : Plateforme Logement et santé mentale portée par le bailleur social Plaine Commune Habitat à Saint-Denis) y compris en logements 115
10. En développant l’habitat inclusif (pension de famille/maison-relais)
11. En formant les professionnels du logement (ex. : formation des gardiens d’immeuble à Montreuil, Gonesse, Nanterre…)

### **RENFORCER LES PARTENARIATS ENTRE PROFESSIONNELS**

1. En participant précocement au parcours de soin des primo-arrivants en lien avec les structures sociales d’accueil
2. En étendant le dispositif des CLSM pour mettre en place une articulation forte entre acteurs sanitaires, sociaux (notamment bailleurs) et médico-sociaux
3. En développant une compétence spécifique de santé mentale pour enfants et adolescents au sein des conseils locaux de santé mentale (CLSM),
4. En poursuivant le travail engagé par la coordination sociale, les établissements et la CPAM dans les délais d’ouverture des droits, la facilitation des recours aux consultations, soins, médicaments pour les usagers de la psychiatrie en rupture de justificatifs de droits
5. En développant les partenariats entre un CMP et les IME dans le cadre de l’admission d’enfants sortant d’hôpital de jour pour les faciliter et éviter les ruptures de parcours
6. En conventionnant les partenariats sanitaire/médico-social (CMPP, CAMPS, ITEP, IME, IMPro, SESSAD) pour améliorer la complémentarité, et l’accessibilité de l’offre de soins, par territoires de proximité
7. En augmentant le nombre de places en secteur médico-social pour éviter les situations d’enfants ou d’adolescents *« sans solution »sur la base de l’évaluation du DITSA 93*
8. En assurant une meilleure coopération entre les services de psychiatrie Infanto-juvénile et ceux de l’Education Nationale, de la PJJ et de l’ASE, en particulier autour des enfants ou des adolescents présentant des troubles désorganisés des conduites et du comportement.
9. En impliquant tous les partenaires au sein des Réunions Pluri-Professionnelles dans un but de prévention psycho-sociale.
10. En renforçant la formation des professionnels de l’éducatif et du social (EN, ASE, SERVICE SOCIAL, CCAS, PJJ) via la Formation Action Sociale et Santé Mentale (FASSM) par exemple

# Annexe

## **Liste des participants de la CSSM 93:**

* *Madame ALBERT Sophie, Directrice générale de l’EPS Ville Evrard, présidente de la CSSM 93*
* *Madame DANG Baohoa, Réseau équipage MAIA*
* *Madame DIDI Karine, Réseau Océane*
* *Madame FESTA Anne, Réseau AC Santé*
* *Monsieur LAPIE Daniel, IME, URIOPSS*
* *Madame LAUGIER Joëlle, CH Saint-Denis*
* *Monsieur LOCATELLI Jean Claude, ARPEI*
* *Madame NISENBAUM Nathalie, Réseau Arc en ciel*
* *Professeur PISSARRO Bernard, CTS 93, texte*
* *Docteur POMMEPUY Noël, EPS Ville Evrard*
* *Madame VACELET Cécile, DD93 ARS*
* *Docteur VASSAL Laurent, EPS Ville Evrard*
* *Docteur Toufik SELMA, CH Robert Ballanger*
* *M Paul LAMBERT UNAFAM, texte de Roselyne Touroude de 2011*
* *Monsieur JUNG Stéphane, CLSM Saint-Denis (contribution CLSM)*
* *Monsieur DHAHAK Haykel, Association Aurore*
* *Monsieur Eric LEMERCIER, Interlogement 93*
* *Madame GENTIL Fabienne, AC Créteil*
* Madame Nathalie BOMPAYS, *EPS Ville Evrard* **Contributeurs n’appartenant pas à la CSSM 93**
* *Madame Ana MARQUES, sociologue, EPS Ville Evrard texte sur migrants et précarité*
* *Docteur Marie Christine BEAUCOUSIN, EPS Ville Evrard, urgences et proximité (CMP)*

**Membres du collège médical de la CPT-93**

* *Docteur Wanda YEKHLEF, EPS Ville Evrard texte soins somatiques*
* *Docteur Fabrice PECOT, EPS Ville Evrard texte urgences psychiatriques*
* *Docteur Clémentine RAPPAPORT, CH Robert Ballanger*
* *Docteur Jean-Pierre BENOIT, CH Delafontaine*
* *Professeur Thierry BAUBET, CHU Avicenne*
* *Docteur Dominique JANUEL, EPS Ville Evrard*
* *Dr Evelyne LECHNER, EPS Ville Evrard*
* *Docteur Sophie COHEN, EPS Ville Evrard, coordination CPT*

## **Les six priorités de la santé mentale pour l’Ile de France dans le PRS2**

### **Priorité 1 : Faire de l’intervention précoce le fil conducteur des organisations,**

* **Pour réduire la proportion d’enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants.**
	+ Donner une impulsion aux programmes de développement des compétences psychosociales et de prévention précoce pour les parents et jeunes enfants.
	+ prioriser la psychiatrie de l’enfant et des adolescents pour l’allocation de ressources
* **Pour réduire les retards constatés au diagnostic ou à l’entrée dans le soin et renforcer la facilité et la convivialité d’accès au soin psychiatrique :**
	+ **Mettre en place des** organisations favorables à la réduction des délais d’attente
	+ Améliorer la lisibilité et l’information sur l’offre
	+ Apporter appui aux professionnels de premier recours**.**

**Résultats attendus d’ici 5 ans**

* mettre en place d’ici 2022 au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce et développement des compétences parentales dans chaque département
* augmenter le recours aux soins pour les 0-4 ans et la prise en charge de la parentalité, de 15%
* renforcer les programmes de type expérientiel de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire pour enfants de 6 à 12 ans.
* disposer d’ici 2022 d’au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres sur chaque département.

### **Priorité 2 : faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé**

* en soutenant la mobilité des équipes et les acteurs intervenant dans le parcours de santé,
* en évitant le repli sur l’hospitalisation,
* en remobilisant des projets pour les personnes en hospitalisation prolongée,
* en développant prioritairement l’ambulatoire,
* en agissant pour le maintien ou l’accès au logement, accompagné ou autonome

**Résultats attendus d’ici 5 ans**

* augmenter l’intervention sur les lieux de vie (école, domicile, Ets d’hébergements) de 15 %
* augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile
* réduire la part des hospitalisations prolongées (6 mois et +) de 10% (en journées)
* sur le PRS2 passer de 800 à 1200 places de logement accompagné, inclusif, recensées

### **Priorité 3 : faire de la continuité des parcours le critère premier d’évaluation des organisations et des pratiques**

* **en organisant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence. :**

Permanences des soins, appui au premier recours, dispositif de signalement et d’aller-vers, prévention des ruptures de soins et des ré-hospitalisations, organisations favorables au consentement de l’usager. Système de re-contact des personnes après tentative de suicide.

* **En facilitant l’accès à des soins somatiques adaptés en établissements et en ville :**

Continuité du suivi par un médecin traitant, accès aux campagnes de dépistage, santé bucco-dentaire, prise en charge des comorbidités somatiques et addictives, favoriser l’accès aux

**Résultats attendus d’ici 5 ans**

* disposer, d’ici 2022, d’une organisation de re-contact après tentative de suicide
* disposer, d’ici 2022 d’un schéma des urgences psychiatriques adultes
* disposer d’une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes, et pour l’évaluation des perdus de vue
* organiser la continuité des parcours de soins en partenariat avec le médico-social et le social, pour les adultes.
* assurer une réponse accompagnée pour les usagers porteurs d’un handicap à des bilans périodiques et aux soins techniques

### **Priorité 4 : agir pour des pratiques « orientées rétablissement »**

* développer des projets personnalisés et leur réévaluation régulière,
* soutenir des méthodes de réhabilitation psychosociales et remédiation cognitive,
* rapprocher professionnels de santé et travailleurs sociaux,
* développer des programmes ETP co-construits avec les usagers en santé mentale,
* développer des « consultations » famille, le soutien aux familles et les groupes pro-famille.
* développer l’adressage aux associations en partenariat.

**Résultats attendus d’ici 5 ans**

* organiser dans chaque territoire l’accès des patients aux programmes d’éducation thérapeutique,
* disposer dans chaque territoire d’une plateforme compétente en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale

### **Priorité 5 : Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain**

* Augmenter le nombre d’acteurs impliqués dans la recherche et la formation; sur tous les territoires et sur tous les champs : psychiatrie de l’adulte, de l’enfant et de l’adolescent, du sujet âgé, dans le champ médical, du handicap, du paramédical et dans le domaine organisationnel ou technologique.
* Utiliser la formation et la télémédecine pour développer les pratiques avancées, la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle.
* Développer une e-santé mentale en co-construction avec les usagers au service de l’autonomie des personnes.

**Résultats attendus d’ici 5 ans**

* généraliser la couverture de la région par les dispositifs territoriaux de recherche et formation en santé mentale (3 DTRF actuellement)
* construire un registre des outils e-santé en co-construction avec les usagers, accessible aux usagers.

### **Priorité 6 : soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes**

* développer l’information des citoyens et des usagers en priorité vers le public jeune
* poursuivre le déploiement des groupes d’entraide mutuelle (GEM),
* participer au deuxième programme national de médiateurs santé pairs.
* contenir puis inverser la tendance à l’augmentation du recours aux soins sans consentement ;
* assurer la traçabilité et limiter le recours à la contention et/ou à l’isolement
* poursuivre le déploiement des conseils locaux de santé mentale ;
* déployer les projets territoriaux de santé mentale selon un deuxième niveau de coordination, pour renforcer l’articulation des politiques publiques.

**Résultats attendus d’ici 5 ans**

* disposer de projets territoriaux de santé mentale un an après la publication du PRS2
* réduire la part des hospitalisations sans consentement de 6 points
* soutenir l’implantation et le développement des CLSM en passant de 58 CLSM actifs sur la région en 2017 à 116 CLSM en 2022
* augmenter le nombre de GEM troubles psychiques sur la région en passant de 48 à 80.
1. Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale Août 2015 [↑](#footnote-ref-1)
2. Trois ARS accompagnées : Auvergne, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais [↑](#footnote-ref-2)
3. Données INSEE [↑](#footnote-ref-3)
4. UHTP unité d’hospitalisation temps plein [↑](#footnote-ref-4)
5. Offre à la clinique d’Epinay [↑](#footnote-ref-5)
6. Recommandations Bonnes Pratiques Professionnelles - Autisme et autres troubles envahissants du développement - HAS-ANESM - 03.12 [↑](#footnote-ref-6)
7. Programme d’accompagnement psycho-éducatif des familles confrontées à la maladie psychique d’un proche. Destiné à apporter une meilleure compréhension de la maladie, acquérir des savoir-faire pour une meilleure gestion du quotidien, permettre l’accès à une plus grande autonomie, diminuer les conséquences pour l’entourage. Permet la diminution de la durée moyenne de séjour, du taux de rechute, des SDT/SDRE, du stress des aidants, et améliore l’alliance aux soins. [↑](#footnote-ref-7)
8. MDA : maison des adolescents [↑](#footnote-ref-8)
9. ~~.~~ Suite à l’expérimentation d’ULIS pour des enfants autistes entre des Ecoles et Etablissements médico-sociaux et sanitaires et sur la base d’Unités d’Enseignement Externalisés [↑](#footnote-ref-9)
10. La recherche est encore très centrée sur la neurologie, et la coordination entre les chercheurs reste limitée. [↑](#footnote-ref-10)
11. La communauté psychiatrique de territoire de Thuir a mis en place une application décrivant toute l’offre de soins de son département [↑](#footnote-ref-11)
12. Handicap psychique ou mental, troubles neurocomportementaux, troubles du spectre autistique et troubles envahissants du développement. Mieux répondre aux besoins des patients suivis en psychiatrie, aux résidents des établissements médico sociaux et ou des personnes vivant à leur domicile, qu’il s’agisse d’adultes ou d’enfants [↑](#footnote-ref-12)
13. CAC centre d’accueil et de crise [↑](#footnote-ref-13)
14. Données internes de l’EPS-VE [↑](#footnote-ref-14)
15. 6 EMPP à Paris [↑](#footnote-ref-15)
16. IAD interventions à domicile selon les catégories développées par l’ANAP [↑](#footnote-ref-16)
17. *L’outil numérique mis en place dans le GHT psychiatrie parisien est un très bon exemple* [↑](#footnote-ref-17)
18. *Les hospitalisations au long cours dites « inadéquates » au regard des critères médico-économiques ont fait l’objet déjà en 2001 d’une enquête régionale diligentée par l’ARH en IDF. Les résultats mettaient l’accent sur la complexité des situations des personnes tant sur le plan psychique que somatique (poly-pathologies chroniques invalidantes) nécessitant des recours à l’hôpital général et psychiatrique, et présentant des difficultés d’adaptation aux structures de vie dans les dispositifs existants (Maison d’Accueil Spécialisée (MAS), Foyer d’Accueil Médicalisé (FAM), foyer de vie (cf article V.DAOUD –G.ARENA joint à ce texte)* [↑](#footnote-ref-18)
19. *Un travail d’étude sur les placements en Belgique a été réalisé dans l’établissement en 2017 par Ana MARQUES avec le Service de Coordination Sociale* [↑](#footnote-ref-19)
20. *Etude de l’IRDES 2015 Magali Coldefy* [↑](#footnote-ref-20)
21. [*Circulaire du 08/04/2010 relative au Siao*](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=31321)*;* [*Loi du 24/03/2014 pour l’accès au logement et à un urbanisme rénové*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D3CB01F6FAC7C3C4CE8F195D939F7A79.tpdjo17v_2?idArticle=JORFARTI000028774821&cidTexte=JORFTEXT000028772256&dateTexte=29990101&categorieLien=id) *(article 30) ;* [*Circulaire du 17/12/2015 relative à la mise en œuvre de l’article 30 de la loi du 24/03/2014*](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=40342) [↑](#footnote-ref-21)
22. *27% des demandes ont été couvertes en 2016 (source : rapport d’activité 2016 Interlogement 93, porteur du Siao)* [↑](#footnote-ref-22)
23. Rapport [Samenta](http://www.hal.inserm.fr/file/index/docid/471925/filename/Samenta.pdf), tableau A13, p149 [↑](#footnote-ref-23)
24. Concernant l’intervention des EMPP et des plus-values réciproques, cf. rapport d’activité de la Boussole 2014, p12-13 : [↑](#footnote-ref-24)
25. **SIAO service intégré de l’accueil et de l’orientation** [↑](#footnote-ref-25)
26. Seules 28 communes sur les 40 du département proposent une RESAD et certaines RESAD sont peu sollicitées. La saisine des RESAD et leurs fonctionnements sont peut-être à rediscuter par les membres des différentes institutions [↑](#footnote-ref-26)