

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DE L'ESSONNE (2019-2024)

*« La santé mentale est l'affaire de tous !
Travaillons ensemble ! »*

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE L'ESSONNE EN SANTE MENTALE.....	7
Première partie : Démarche d'élaboration du diagnostic territorial partagé et présentation du territoire	8
1. Définition du territoire	8
1.1 Définition juridique.....	8
1.2 Définition géographique et initiative de lancement du PTSM.....	10
2. Modalités d'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale de l'Essonne	10
2.1 Gouvernance du projet territorial de santé mentale de l'Essonne	10
2.2 Mobilisation des groupes de travail	11
3. Territoire de l'Essonne : des indicateurs favorables mais de fortes disparités infra-départementales .	13
3.1 L'Île-de-France : une région aux nombreux atouts mais marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé	13
3.2 L'Essonne : une population jeune, en croissance mais vieillissante, aux indicateurs socio-démographiques favorables	16
3.3 L'Essonne, territoire contrasté : emploi, logement, flux de population, économie et transports	20
Emploi et économie.....	20
Niveau de vie	22
Logement	23
Indice de développement humain (IDH).....	25
Impact du Grand Paris en Essonne et autres évolutions des transports	28
Deuxième partie : Analyse de l'offre en santé mentale et des besoins de la population de l'Essonne.....	30
1. Offre de santé sur le département de l'Essonne	30
1.1 Offre de ville départementale	31
Médecins généralistes.....	32
Pédiatres libéraux.....	34
Orthophonistes libéraux	35
Infirmiers libéraux	35
Psychiatres libéraux	36
Psychologues libéraux	37
Autre offre de premier recours : médecine scolaire et universitaire	38
1.2 Offre hospitalière départementale.....	38
1.2.1 Ressources soignantes en établissement de santé	39
Pédiatres	39
Psychiatres.....	39
Psychologues	40
1.2.2 Offre de prise en charge psychiatrique en établissements publics.....	41
Offre ambulatoire hospitalière	43
Equipes mobiles et de liaison.....	44
Soins sans consentement	45
Offre en milieu pénitentiaire	46
1.2.3 Offres de prise en charge psychiatrique en établissements privés.....	47

1.3	Offre médico-sociale départementale.....	48
1.3.1	Offre médico-sociale infanto-juvénile.....	48
1.3.2	Offre médico-sociale adulte.....	51
1.4	Travail.....	51
	Insertion de travail en milieu ordinaire	52
	Travail en milieu protégé	53
1.5	Offres de logement / Hébergement.....	54
1.6	Autres offres d'accompagnement et de suivi en milieu ordinaire.....	56
	Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	56
	Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	57
	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	57
	Autres structures d'accompagnement	58
1.7	Protection des majeurs.....	58
1.8	Addictologie.....	59
1.9	Offre de soins à destination des personnes en situation de précarité et des exilés.....	62
2.	Consommation de soins psychiatriques des essonniens	63
2.1.	Recours aux soins hospitaliers en matière de psychiatrie et santé mentale.....	63
2.2	Handicap psychique.....	65
Troisième partie : Diagnostic territorial partagé en santé mentale de l'Essonne, qualitatif et thématique		66
	Déterminants de la santé mentale	72
	Les déterminants socio-économiques.....	73
	Les déterminants environnementaux et territoriaux.....	74
	Les déterminants individuels.....	75
	Orientation : Entrée dans le parcours de prise en charge	77
	Axe 1 : Prévention.....	77
	Axe 2 : Repérage, dépistage et prise en charge précoces des problématiques de santé mentale.....	77
	Axe 3 : Coordination des soins autour des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.....	82
	Orientation : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise	87
	Axe 1 : Risque suicidaire.....	87
	Axe 2 : Urgence et crise.....	91
	Orientation : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion	96
	Axe 1 : Coordination des acteurs et prévention des ruptures.....	96
	Axe 2 : Accès aux soins.....	101
	Axe 3 : Prises en charges inadéquates.....	105
	Axe 4 : Réhabilitation /Insertion /Inclusion.....	108

PLAN D' ACTIONS DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE L'ESSONNE : ORIENTATIONS ET FICHES ACTIONS	116
Orientation 1 : Inégalité territoriale et attractivité du département de l'Essonne	117
Fiche action N°1 : Réduction des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques	119
Orientation 2 : Sensibiliser et former les acteurs intervenant dans le parcours de santé mentale, de soins et de vie.....	123
Fiche action N°2 : Sensibiliser et former les acteurs pour décloisonner et favoriser les convergences	125
Orientation 3 : Entrée dans le parcours de prise en charge	127
Fiche action N°3 : Repérage et intervention précoces.....	129
Fiche action N°4 : Prioriser la psychiatrie de l'enfant, des adolescents et des jeunes adultes.....	133
Fiche action N°5 : Sensibiliser au repérage précoce les acteurs concernés par la santé mentale.....	137
Orientation 4 : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise	140
Fiche action N°6 : Organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence	142
Fiche action N°7 : Mettre en place un suivi ambulatoire spécialisé, en alternative à l'hospitalisation en cas de risque suicidaire	146
Fiche action N°8 : Re-contact des personnes après tentative de suicide	148
Orientation 5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion	150
Fiche action N°9 : Coordination, échange et communication entre les acteurs.....	152
Fiche action N°10 : Prévenir les ruptures aux âges charnières et éviter les prises en charge inadéquates.....	156
Fiche action N°11 : Agir pour des pratiques orientées « rétablissement ».....	159
Fiche action N°12 : Agir sur les déterminants de la santé mentale	164
Calendrier de mise en œuvre	166
GLOSSAIRE	172
ANNEXES.....	175
Gouvernance du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Essonne	176
Courrier des représentants du COPIL du PTSM au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France.....	178
Courrier du Directeur Général de l'ARS Ile-de-France du 13 décembre 2018	179
Programme de la journée de réflexions pour le lancement du travail d'élaboration du PTSM.....	181
Diagnostic territorial partagé : matrices thématiques issues des groupes de travail	183
1 ^{er} atelier : Entrée dans le parcours de prise en charge.....	183
2 ^{ème} atelier : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise	193
3 ^{ème} atelier : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion	200
Chronologie de la démarche engagée pour l'élaboration du PTSM de l'Essonne.....	214

INTRODUCTION

Loin de constituer un phénomène rare, les maladies mentales présentent un enjeu majeur de santé publique, trop souvent méconnu et sous-estimé en France, tant du point de vue de leur impact que de leurs conséquences économiques et sociales.

On estime qu'elles touchent actuellement une personne sur quatre à un moment ou un autre de sa vie, contre une sur dix pour le cancer¹. 75% des affections psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans². Alors qu'elles aboutissent trop fréquemment à l'exclusion, elles représentent la moitié des dix pathologies majeures du XXI^e siècle³ selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et figurent parmi les premières causes d'invalidité.

Les maladies psychiatriques sont par ailleurs corrélées à des pathologies somatiques⁴ qui entraînent, selon l'Organisation mondiale de la santé, une espérance de vie inférieure de dix à vingt ans à celle la population générale.

Ils ont également des conséquences économiques importantes. En 2016, 19,8 milliards d'euros (soit 14% des dépenses) ont été affectés aux pathologies ou traitements en lien avec la santé mentale, ce qui constitue le deuxième poste de dépenses pour le régime général de la Sécurité Sociale⁵.

Or, ces maladies handicapent la personne atteinte et altèrent fortement son fonctionnement social, familial et professionnel. La prévention des maladies psychiatriques se trouve à la croisée de problématiques nombreuses qui touchent aux questions de santé mais aussi à l'éducation, à la cohésion sociale et au logement. Comme l'indique Alain Ehrenberg, « les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique, ils relèvent également de problèmes généraux de la vie sociale qu'ils traversent de part en part. »⁶

En effet, l'OMS définit la santé mentale comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. »

¹ OMS, Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi et al., « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 », The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology, sept. 2011

² Fédération française du cerveau : <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/> consulté le 6 juin 2019

³ Schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions, addictions et troubles obsessionnels compulsifs

⁴ Risques cardiovasculaires, cancer, diabète, VIH

⁵ https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cartographie_Objectifs_et_methode_et_Principaux_resultats.pdf
Source AMELI 24 septembre 2018

⁶ L'action publique en santé mentale doit être conçue et pratiquée en termes d'investissement social. Alain Ehrenberg, in La santé en action n° 439, mars 2017. Santé publique France

L'OMS souligne la dimension positive de la santé mentale, composante essentielle de la santé, définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Dès lors, il n'y a pas de santé, sans santé mentale.

Face à ces enjeux, la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé redéfinit la politique de la santé mentale au niveau du territoire avec pour objectif de réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité notamment entre la ville et l'hôpital. L'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 introduit de nouveaux dispositifs de coordination dont le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), l'objectif étant l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Le PTSM organise les conditions d'accès de la population à :

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

Le PTSM est réalisé à l'initiative des professionnels et des établissements et service des champs sanitaire, social et médico-social et en collaboration avec les associations des familles et des patients. Il est basé sur un diagnostic territorial partagé qui est établi par l'ensemble des acteurs de la santé mentale du territoire identifiant 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. Il lui appartient également de préconiser des actions pour y remédier en s'appuyant sur les leviers existants.

Après avis du Conseil Territorial de Santé (CTS), de la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) lorsqu'ils sont constitués, le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) arrête le PTSM.

Les actions proposées par les acteurs font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale entre l'ARS et les professionnels participant à leur mise en œuvre, d'une durée de 5 ans.

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE L'ESSONNE EN SANTE MENTALE

Première partie : Démarche d'élaboration du diagnostic territorial partagé et présentation du territoire

1. Définition du territoire

1.1 Définition juridique

Dès 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », introduit le concept de territoire de santé permettant aux acteurs de la santé de travailler en transversalité. Ces territoires de santé étaient des lieux de concertation et de planification de l'offre de santé.

La loi n°2016-41 de 2016 sur la modernisation de notre système de santé vient remplacer la notion de territoire de santé par les territoires de démocratie sanitaire. Cette nouvelle notion vient apporter une distinction entre le « territoire » qui organise la concertation, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé et la « zone » qui est la délimitation de l'organisation de l'offre de santé. Cette loi dispose que l'Agence Régionale de Santé délimite des territoires de démocratie sanitaire à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région.

L'article R. 1434-29 précise que « le directeur général de l'agence régionale de santé délimite, au sein de la région, les territoires de démocratie sanitaire afin de permettre, dans chaque territoire :

« 1° La mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales »

« 2° La prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers ».

Après une large consultation avec tous les acteurs concernés, le directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France a défini en 2016 le département comme territoire de démocratie sanitaire (en cohérence avec l'avis rendu par la Conférence de Territoire de Santé de l'Essonne le 23 juillet 2016). Il a été considéré que le département était « le niveau géographique offrant le plus de lisibilité, de cohérence et d'expérience pour la démocratie en santé, répondant ainsi au souhait de l'Agence et de ses partenaires de renforcer la proximité des instances de démocratie sanitaires avec les citoyens »⁷.

⁷ Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

Concernant la santé mentale, la loi n°2016-41 de 2016 sur la modernisation de notre système de santé a introduit de nouveaux dispositifs de coordination, dont le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L.3221-2 du Code de la Santé Publique et dans l'Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, correspond à la notion de territoire suffisant pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne).
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le territoire de santé mentale est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité. Il s'agit avant tout d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs.

L'Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative au projet territorial de santé mentale précise que le niveau départemental constitue un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médico-sociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Pour mémoire, la Loi MAPTAM du 27 janvier 2014 a fait du Département le « chef de file » de « l'action commune des collectivités et des intercommunalités pour l'exercice des compétences relatives à l'action sociale, au développement social et à la contribution à la résorption de la précarité énergétique, et à l'autonomie des personnes ». Le Département intervient en effet dans le champ de l'enfance (protection maternelle et infantile, adoption, protection de l'enfance, soutien aux familles en difficulté), du handicap (hébergement, insertion sociale et aides financières aux personnes handicapées), des personnes âgées et de la dépendance (création et gestion des maisons de retraite, aides), de la gestion des allocations individuelles de solidarité (RSA, APA, PCH), de l'insertion et de l'emploi et plusieurs de ses missions entraînent une nécessaire collaboration étroite avec l'ARS.

1.2 Définition géographique et initiative de lancement du PTSM

Le Conseil Territorial de Santé (CTS) de l'Essonne et la Commission spécialisée en santé mentale de l'Essonne se sont prononcés pour une élaboration du projet territorial de santé mentale au niveau du département. Ce territoire a été confirmé au Directeur Général de l'ARS dans un courrier du 5 octobre 2018, officialisant l'initiative lancée pour l'élaboration du PTSM. Il est en phase avec le territoire de démocratie sanitaire et avec le territoire de travail des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) concernant la psychiatrie et santé mentale (projet médical partagé inter-GHT). Le Directeur Général a, le 13 décembre, validé ce territoire pour l'élaboration du PTSM en Essonne.

2. Modalités d'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale de l'Essonne

Le Directeur Général a pris acte, dans son courrier du 13 décembre 2018 de l'initiative prise par les acteurs de l'Essonne pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, de la délimitation du territoire du PTSM au niveau départemental, des acteurs mobilisés via le comité de pilotage (COFIL PTSM, cf. ci-dessous). Aux côtés du président du CTS de l'Essonne et de la Délégation Départementale de l'ARS, animateurs de la démarche territoriale, le Directeur Général a désigné 4 personnes comme correspondants de l'Agence Régionale de Santé, chargés de rendre compte de la démarche du PTSM, conformément à l'article R. 3224-2 du code de la santé publique : Marie-Catherine PHAM, Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale du CTS de l'Essonne et Directrice de l'EPS Barthélemy Durand ; Dr Claudette Buisson, directrice de la PMIs au conseil départemental de l'Essonne ; Dr Dreux, vice-président du conseil de l'ordre des médecins de l'Essonne ; Dominique Ergand, présidente de l'Union départementale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques UNAFAM 91.

2.1 Gouvernance du projet territorial de santé mentale de l'Essonne

La gouvernance du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Essonne repose sur différentes commissions qui ont chacune des missions définies et participent à la réalisation du diagnostic territorial partagé :

- Le comité de pilotage (COFIL), sous la double égide de l'ARS et du Conseil Territorial de Santé, regroupe des représentants des acteurs sanitaires et médico-sociaux, des services de l'Etat (Préfecture, Justice ...), des services du Département (PMIs, MDPH, ASE ...), des organismes de la sécurité sociale et des organismes complémentaires de santé (CPAM, CAF, MGEN...), des collectivités locales, des associations d'usagers et des familles et des professionnels et offreurs des services de santé. Le comité de pilotage a pour mission de définir la stratégie et la

communication, mais également de valider les documents de travail à l'issue de chaque phase (ex : diagnostic territorial partagé). Durant les travaux du PTSM, le COPIL s'est réuni à 3 reprises.

- Le groupe projet qui est composé du Directeur-adjoint de l'ARS en Essonne, du Président du Conseil Territorial de Santé (CTS), de la Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale (CSSM), de la Directrice de la PMI, d'un représentant des trois établissements publics autorisés en psychiatrie et des organismes de sécurité sociale. Le rôle de ce groupe est de veiller au respect des orientations décidées par le comité de pilotage. Il définit la feuille de route et suit la mise en œuvre de la démarche. Le groupe projet s'est réuni à 3 reprises tout au long de la démarche PTSM.

Outre ces commissions dédiées à la fixation des orientations et au pilotage opérationnel du projet, la commission spécialisée en santé mentale (CSSM) du CTS a contribué activement au PTSM, conformément aux textes. Elle a réalisé un diagnostic qualitatif de l'offre en santé mentale sur le territoire de l'Essonne qui a permis de dégager les thématiques de travail prioritaires du projet. Durant les travaux du PTSM, la CSSM a examiné et enrichi les travaux produits par les groupes de travail, au fur et à mesure de l'avancement du projet et veillé à ce que les orientations du PTSM soient en cohérence avec la démarche territoriale de démocratie sanitaire. La CSSM s'est réuni 5 fois sur la période d'élaboration du PTSM.

2.2 Mobilisation des groupes de travail

Au total, 321 personnes ont été mobilisées d'octobre 2018 à mars 2019, assurant une vaste représentation des parties prenantes départementales en matière de santé mentale pour les travaux du PTSM : Représentants des personnes et des familles ; acteurs sanitaires, dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux ; acteurs sociaux et médico-sociaux ; Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ; collectivités territoriales ; Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et CLS... ; services de l'Etat ; acteurs de la promotion de la santé mentale et de la prévention ; acteurs de la lutte contre les addictions ; acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion ; autres acteurs concourant à la politique de santé mentale, notamment pour une continuité scolaire, d'apprentissage, d'études adaptées et choisies, services de tutelle pour majeurs protégés, caisses d'allocations familiales...

Des groupes de travail ont été organisés autour des thématiques prioritaires identifiées par la CSSM et validés par le Comité de pilotage PTSM :

- ***Orientation n°3 : Entrée dans le parcours de prise en charge***
 - o Prévention : prévenir de l'apparition ou de l'aggravation des troubles psychiques

- Dépistage précoce et diagnostic spécialisé précoce
- Coordination des soins autour de l'enfant, des adolescents et jeunes adultes
- **Orientation n°4 : Prévention, gestion de l'urgence et la crise**
 - Prévention du suicide (jeunes...)
 - Prévention de l'urgence et de la crise
 - Gestion de l'urgence et de la crise
 - Amélioration du parcours pour les hospitalisations sous contrainte
- **Orientation n°5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion**
 - Coordination des acteurs (ville-institution) et prévention des ruptures
 - Accès aux soins (délais de rendez-vous en CMP, CMPP...)
 - Prises en charge inadéquates (autisme, jeunes adultes, addiction...)
 - Réhabilitation, rétablissement, politique d'insertion et inclusion sociale : « accès le plus précoce possible aux soins de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux pour prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap » (décret PTSM)

Les travaux des groupes ont également fait ressortir des orientations de travail transversales, autour de la démographie médicale et des inégalités territoriales, et autour des besoins de formation en psychiatrie et santé mentale pour l'ensemble des acteurs.

- **Orientation 1 : Inégalité territoriale et attractivité du département de l'Essonne**
- **Orientation 2 : Sensibilisation et formation des acteurs intervenant dans le parcours de santé mentale, de soins et de vie**

Chacun des trois groupes de travail s'est réuni à 5 reprises et deux réunions plénières ont été organisées, au lancement et en clôture de la démarche :

	Groupe de travail Orientation n°3 : Entrée dans le parcours	Groupe de travail Orientation 4 : Urgence et crise	Groupe de travail Orientation 5 : Parcours sans rupture et insertion
Phase 1 : Journée de lancement du PTSM	<p style="text-align: center;">4 octobre 2018</p> <p>Démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) Principales données relatives à la santé mentale en Essonne Premiers travaux collaboratifs : l'Inter-GHT et la psychiatrie en Essonne Premier état des lieux de la réflexion par la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne Table ronde : « Travailler ensemble. Quelques pistes d'actions en santé mentale ? »</p>		

Phase 2 : Diagnostic territorial : Analyse des forces et faiblesses de l'offre en santé mentale	4 octobre 2018 12 novembre 2018 17 décembre 2018	4 octobre 2018 28 novembre 2018 18 décembre 2018	4 octobre 2018 19 novembre 2018 20 décembre 2018
Phase 3 : Élaboration du Projet territorial de santé mentale : fiches actions	21 février 2019 19 mars 2019	20 février 2019 18 mars 2019	19 février 2019 26 mars 2019
Phase 4 : Restitution du PTSM	Automne 2019		

Avant de présenter le résultat des travaux qualitatifs issus des groupes de travail en termes de diagnostic territorial partagé, permettant d'identifier les dysfonctionnements dans le parcours de soins et de vie des personnes, le diagnostic met en avant les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population du territoire de l'Essonne, mis en perspective avec l'offre en santé mentale existante sur le territoire.

3. Territoire de l'Essonne : des indicateurs favorables mais de fortes disparités infra-départementales

3.1 L'Île-de-France : une région aux nombreux atouts mais marquée par les inégalités sociales et territoriales de santé

La région Ile-de-France, avec plus de 12 millions d'habitants, soit 19 % de la population nationale métropolitaine, répartis sur environ 12 000 km² (2% du territoire métropolitain) a une densité moyenne de population supérieure à celle de la France. Elle est divisée en huit départements.

Entre 2007 et 2013, la population d'Île-de-France a augmenté de 3,1 %. Cette évolution risque de se poursuivre et de s'amplifier dans le contexte actuel marqué par les projets du Grand Paris et les grands projets de logements d'ores et déjà mis en œuvre.⁸ Ainsi, la population en Île-de-France devrait augmenter de 5,5 % d'ici 2030.⁹

L'Île-de-France est la région la plus jeune de France métropolitaine. En 2016, elle présente un taux d'habitants de moins de 20 ans d'environ 26 % (soit 1 francilien sur 4 âgé de moins de 20 ans) contre 24,3 % pour l'ensemble de la France métropolitaine.

⁸ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), Diagnostic du Projet régional de santé 2

⁹ Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAU) 2016 (scénario tendanciel), traitement ORS Île-de-France

Les plus de 75 ans représentent 6,7 % de la population en Île-de-France, contre 9,3 % au plan national. Le vieillissement a été moins rapide qu'en France (+4 % en 15 ans en Île-de-France contre + 5,4 % en France).

Cependant, on constate que cette population vieillit : un francilien sur quatre aura 60 ans en 2030. L'augmentation de la population des 60 ans ou plus est en effet cinq fois plus rapide que celle de la population francilienne totale (+ 31,8 % entre 2005 et 2020)¹⁰. Cette évolution tend à se poursuivre, voire à s'accélérer dans les projections démographiques, qui envisagent une augmentation de plus de 40 300 personnes âgées de 85 ans ou plus en Île-de-France entre 2017 et 2022.

Les Franciliens sont moins souvent touchés par la dépendance que la moyenne des métropolitains mais cet écart favorable tend à se réduire.

L'augmentation du vieillissement est à corrélérer avec l'augmentation des maladies chroniques avec des prises en charge souvent plus complexes chez les personnes âgées.

Région riche, dynamique et jeune, on y vit en moyenne plus vieux que sur le reste du territoire métropolitain.

En 2015, le taux de mortalité générale brut (6,2 ‰) est le plus faible de France métropolitaine (moyenne nationale métropolitaine de 9 ‰)¹¹. Le taux de mortalité a reculé de 13,7 % entre 2001 et 2008 (contre 12,3 % au plan national). Notons que le taux de mortalité périnatale et infantile de l'Île-de-France est plus élevé que la moyenne nationale.

Chez les Franciliens, les principales causes de décès sont dans l'ordre, les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies respiratoires. Un Francilien sur cinq est atteint d'une maladie chronique.

La région Île-de-France est la région la plus favorisée mais aussi la plus inégalitaire en matière de santé.

Les populations les plus défavorisées au plan socio-économique sont aussi les plus fragiles du point de vue de la santé. L'importance de la précarité est marquée en Île-de-France au regard du reste de l'hexagone, notamment en petite couronne, que la grande pauvreté affecte en particulier.

Par ailleurs, la vulnérabilité psychique peut être corrélée à une précarité de vie. Outre la précarité, le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) souligne qu'il convient de prendre en compte d'autres vulnérabilités psychiques « générées par l'exil, les traumatismes de guerre, la confrontation

¹⁰ Regards sur la dépendance des personnes âgées en Île-de-France, INSEE (2009)

¹¹ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), Diagnostic du Projet régional de santé 2, INSEE

culturelle. La région connaît en effet d'importants flux migratoires. Les personnes immigrées (nées étrangères dans un pays étranger) représentaient, en 2006, 16,9 % de la population régionale, soit une proportion deux fois supérieure à la moyenne nationale. ». Ainsi, ces taux d'immigration importants peuvent nécessiter des prises en charge adaptées à certaines pathologies ou motiver, par exemple, la mise en place de médiations linguistique ou transculturelle.

Les indicateurs de souffrance psychique chez les 15-75 ans sont défavorables par rapport aux autres régions. En outre, on enregistre une augmentation de la fréquence des troubles du comportement et des tentatives de suicide, plus précoces chez les préadolescents.

Les professionnels de santé sont inégalement répartis sur les territoires franciliens, avec une polarisation de l'offre, entre autre sur Paris et la petite couronne.

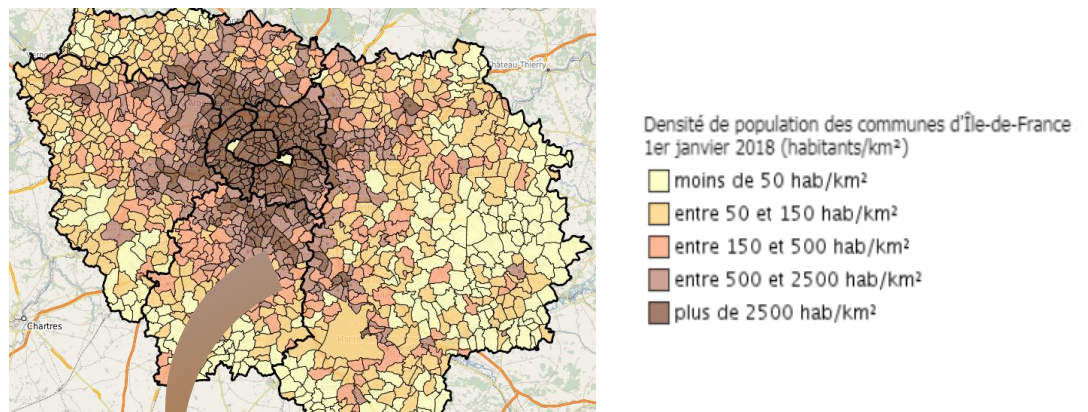
Le taux de médecins généralistes par habitant est inférieur à la moyenne nationale (84,3 médecins pour 10 000 habitants, contre 96,4 en France métropolitaine). L'Île-de-France se situe ainsi au deuxième rang des régions de France sous-dotées en médecins généralistes libéraux installés, ce qui est défavorable pour l'accès aux soins de premier recours et aux soins non programmés en ambulatoire.

On note une concentration des médecins spécialistes libéraux à Paris et dans les Hauts-de-Seine. La région se caractérise par un nombre important de psychiatres correspondant à une densité globale fortement supérieure à la moyenne nationale, mais largement concentrée sur le centre de la région. Cette situation doit tenir compte des données démographiques qui font apparaître que près d'un psychiatre sur trois est âgé de plus de 60 ans, et plus de la moitié de 55 ans révolus.

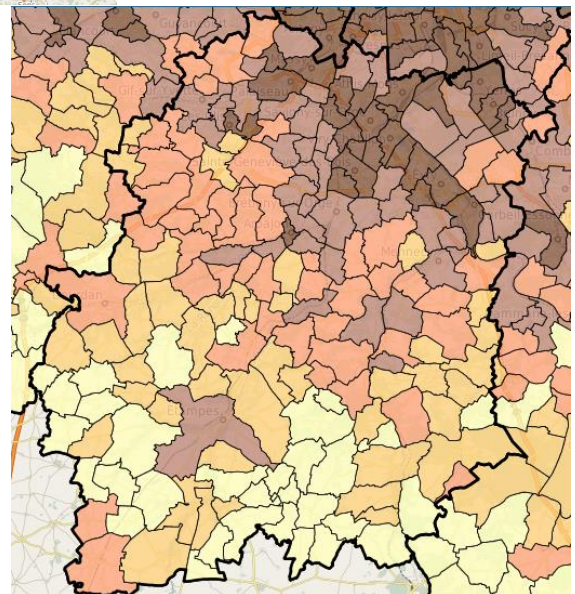
La région va donc être confrontée à d'importantes difficultés en matière de démographie médicale car les professionnels de santé franciliens sont âgés.

3.2 L'Essonne : une population jeune, en croissance mais vieillissante, aux indicateurs socio-démographiques favorables¹²

Le département de l'Essonne est situé au sud de Paris et est pour partie intégré à l'agglomération parisienne. Avec plus d'1,3 millions d'habitants en 2018 (soit 10,7 % de la population de la région), pour 1 804 km², l'Essonne présente une densité de population de 728 habitants au kilomètre carré, inférieure à la moyenne régionale, du fait de sa situation en Grande-Couronne.



Cette densité est contrastée au sein du département, comme l'illustre la carte ci-dessous : alors que le nord de l'Essonne est densément peuplé, le sud a un profil plus rural, mais dont la croissance est forte. On notera le caractère rurbain, voire rural, au-delà de la N104.

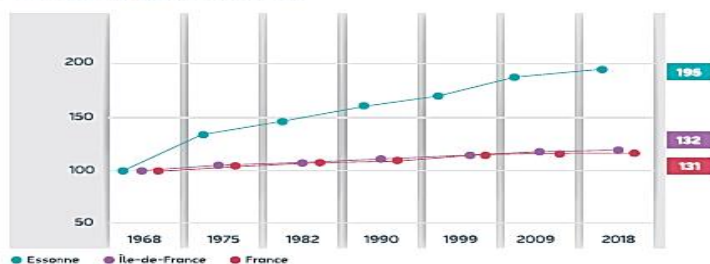


Densités de population (Source : INSEE, Atlas santé- santé mentale)

¹² Plus favorables que la moyenne nationale

DÉMOGRAPHIE

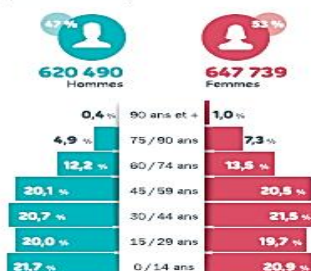
VARIATION DE LA POPULATION DEPUIS 1968
INDICE BASE 100 (source : Insee 2018)



NOMBRE D'HABITANTS
(source : Insee 2018)



STRUCTURE DES ÂGES
(source : Insee 2014)



L'évolution démographique de l'Essonne ¹³ depuis 20 ans est nettement supérieure à l'évolution régionale et nationale. Les projections de population d'ici 2030 montrent une évolution supérieure à la moyenne régionale (+ 7 % entre 2017 et 2030, soit 1,5 % de plus que l'évolution régionale) et dont l'écart par rapport à la moyenne régionale s'accroît.

Du point de vue démographique, le territoire accueillera des évolutions conséquentes sur des territoires bien ciblés, en lien avec les

dynamiques d'aménagement et de nouvelle attractivité de la desserte en transports en commun.

On peut observer une polarisation des fortes croissances de populations dans le territoire du plateau de Saclay. Celui-ci est le marqueur de transformations urbaines fortes (passage du périurbain à une nouvelle intensité urbaine), mais il ne représente pas l'unique pôle de développement démographique du département (en termes quantitatifs).

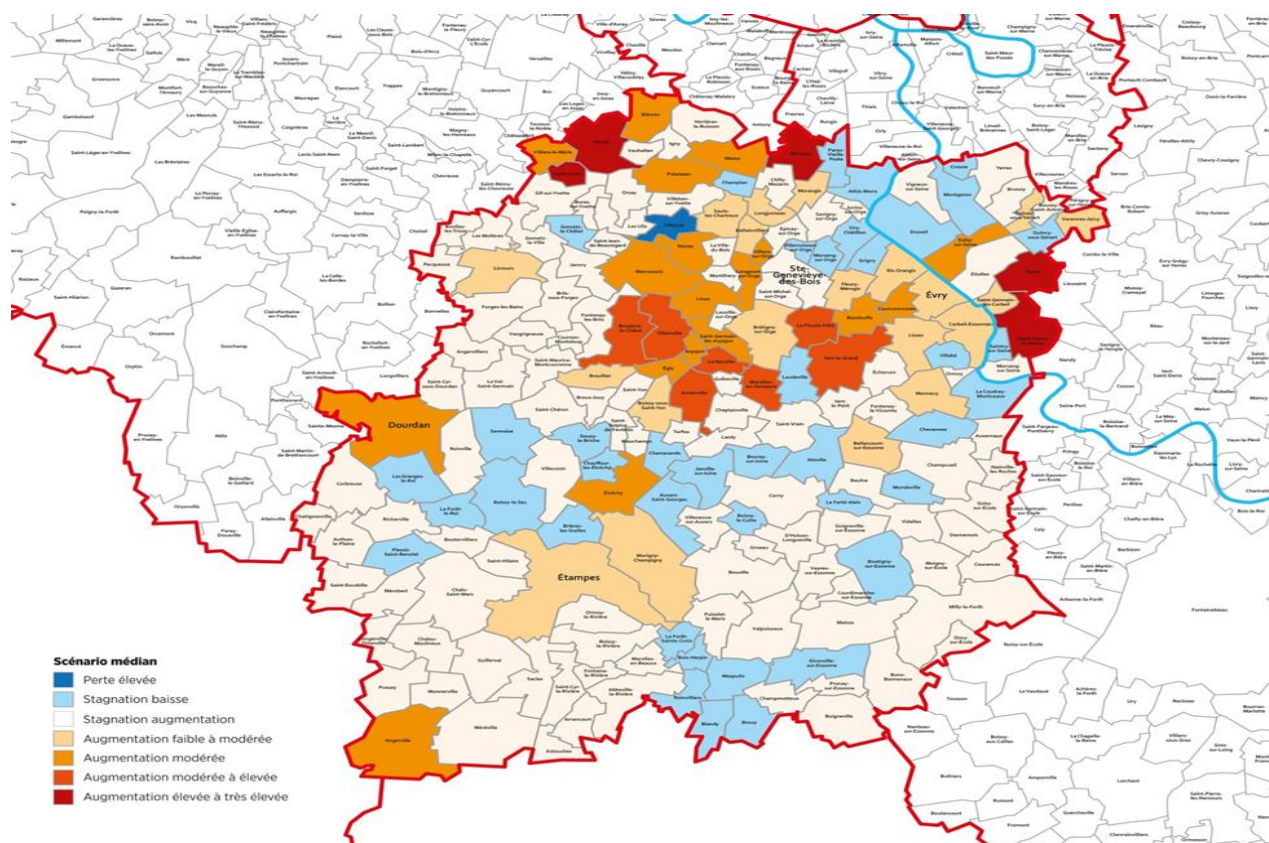
Dans le reste du département, les principaux pôles de développement démographique sont situés à Wissous au nord, Saint-Pierre-du-Perray à l'Est, Bondoufle, Évry-Courcouronnes et Corbeil-Essonnes. Ces dynamiques démographiques s'inscrivent dans la perspective de vastes projets d'aménagement.

Des dynamiques démographiques, certes moindres, mais notables, accompagneront les communes limitrophes d'Arpajon et de Dourdan. La commune de Dourdan, devrait connaître une augmentation de sa démographie, en s'appuyant sur des rythmes de construction significatifs ces dernières années dans le pavillonnaire, en marge de grandes opérations d'aménagement.

On prévoit une situation similaire pour les communes de La Norville, Marolles-en-Hurepoix, St-Germain-lès-Arpajon où on assistera à un développement de la démographie dans des espaces diffus. La commune d'Ollainville, jouxtant Arpajon verra sa démographie nettement augmenter en lien avec de grandes opérations d'aménagement (ZAC Les belles vues) prévues au sud-est de la ville.

¹³ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS) et Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAU)

D'après les scénarios prospectifs potentiels formalisés par l'IAURIF¹⁴, les communes jouxtant directement Étampes ne seront pas concernées, a priori (il s'agit bien entendu de scénarios prospectifs évolutifs), par des évolutions démographiques notables (une vingtaine de communes en stagnation démographique, voire légère décroissance).



Projection démographique 2011-2030

Les chiffres clefs de l'Essonne, résumés dans les tableaux synthétiques ci-dessous, concernant les populations (âge, diplômés, famille et maternité, mortalité et épidémiologie) démontrent que le département se caractérise par une population jeune, en croissance, mais vieillissante aux indicateurs sociodémographiques favorables (part des familles monoparentales, part de personnes âgées vivant seules, part de personnes sans diplôme, taux de chômage, part de la population étrangère).

¹⁴ Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Île-de-France (IAUIF)

Chiffres clefs de l'Essonne concernant les populations : âge, diplômés, famille et maternité, mortalité et épidémiologie

(Sources : INSEE ORSIF, PRS IDF, SROS IDF)

Un département jeune

- Taux des moins de 20 ans (27,4 %) supérieur à la moyenne nationale (24,4 %)
- Taux des plus de 75 ans (6,8 %) inférieur à la moyenne nationale (9,2 %) mais dont l'évolution est supérieure à la moyenne régionale (7,7% contre 7,3% en IDF en 2022)

Famille et maternité

- Pourcentage de familles monoparentales en Essonne (23,5%) inférieur à la moyenne régionale (25,2 %) et nationale (24,4%)
- Etabli à 4,2‰ en Essonne, le taux d'enfants nés de mères âgées de moins de 18 ans est inférieur à la moyenne nationale (6,3 %)
- Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules inférieure en Essonne (38,5%) à la moyenne régionale (44,2%)

Diplômés

- Taux de non diplômés en Essonne (26,6 %) inférieur à la moyenne nationale (30,5 %)
- Taux de diplômés du supérieur en Essonne (34,8%) inférieur à la moyenne régionale (40,4%)

Population d'origine étrangère

- Taux de 11,3 % en Essonne, inférieur à la moyenne régionale (13,7 %)

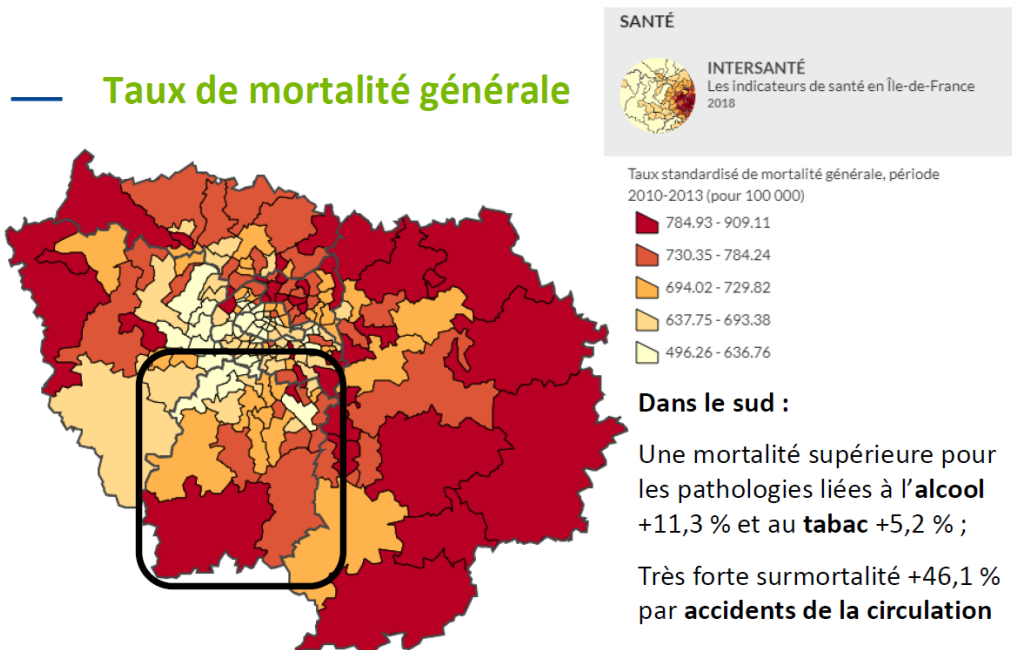
Ressources médicales et soignantes

- Déficit en professionnels de santé et difficulté de recrutements
- Densité de médecins généralistes libéraux, de chirurgiens-dentistes libéraux et de spécialistes inférieure à la moyenne nationale

Mortalité et épidémiologie

- En 2018, le taux de mortalité générale brut essonnien (6,1 ‰) est inférieur à la moyenne nationale (9,3 ‰). L'Essonne est parmi les quatre départements ayant une surmortalité significative en Île-de-France
- Mais il existe de fortes disparités sanitaires infra-départementales :
 - Dans le Sud-Essonne, la mortalité générale, prématurée et prématurée évitable est supérieure à la moyenne régionale, notamment pour les pathologies liées à l'alcool (+11,3%) et au tabac (+5,2%). Il est également constaté une très forte surmortalité (+46,1%) par accidents de la circulation
 - Sur le Nord-Essonne, la mortalité générale et prématurée est favorable au regard de la moyenne régionale
- L'Essonne présente un taux de mortalité prématurée évitable (liée aux pratiques de prévention primaire, de mortalité par maladies cardio-vasculaires et de mortalité infantile) supérieur à la moyenne régionale mais inférieur à la moyenne nationale. La mortalité prématurée (avant 65 ans) représente 24,3 % des décès, dont 32,3 % pour les hommes et 16,2 % pour les femmes
- Le taux de mortalité par cancer est proche de la moyenne nationale et légèrement supérieur à la moyenne régionale, ainsi que le taux de mortalité lié aux maladies de l'appareil circulatoire
- L'incidence médico-sociale des AVC et de la maladie d'Alzheimer est plus importante que celle au niveau régional et national
- La morbi-mortalité des affections cardio-vasculaires est supérieure à la moyenne régionale
- Sur la période 2008-2010, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, le diabète et les maladies mentales représentent 79,7 % des affections de longue durée (ALD). Les taux de prévalence des principales causes d'ALD sont supérieurs à la moyenne régionale. Le taux d'admission en ALD maladies mentales est inférieur à la moyenne nationale

On notera que les données de mortalité et épidémiologiques sont contrastées au sein du département, avec une mortalité bien plus marquée au sud du département et dans quelques zones défavorisées spécifiques.



Sources : Cepidc, IAU Cartoviz, ORS IDF

9

3.3 L'Essonne, territoire contrasté : emploi, logement, flux de population, économie et transports

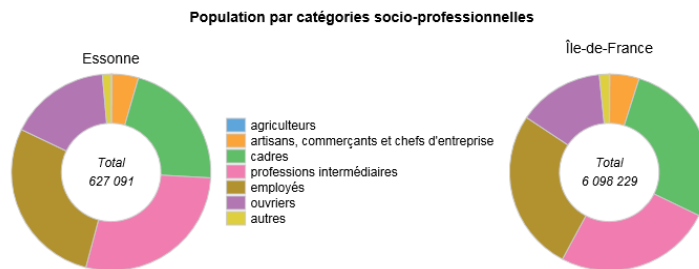
Emploi et économie

En Essonne, le pourcentage de la population active est de 75,9 %, inférieur à la moyenne régionale (76,3 %). Le taux de chômage dans la population active en 2015 est de 11,3 % en Essonne, inférieur à celui de l'Île-de-France (12,8 %) et au taux national (14,2 %).

Sur ces actifs, 19,5 % d'entre eux travaillent dans leur commune de résidence en Essonne. Dès lors, 80,5 % des actifs de l'Essonne travaillent en dehors de leur commune de résidence, moyenne plus élevée que la moyenne régionale (73,9 %).

On dénombre en 2009 en Essonne, 72,4 ouvriers pour 100 cadres, soit une plus grande représentation des cadres par rapport aux ouvriers qu'au plan national (137,6 ouvriers pour 100 cadres). Cependant, les professions intermédiaires, employés et ouvriers sont plus représentés en Essonne qu'en Île-de-France.

Au sein du département, la répartition des cadres est révélatrice du tissu d'emplois qualifiés de l'Essonne. Un pôle de

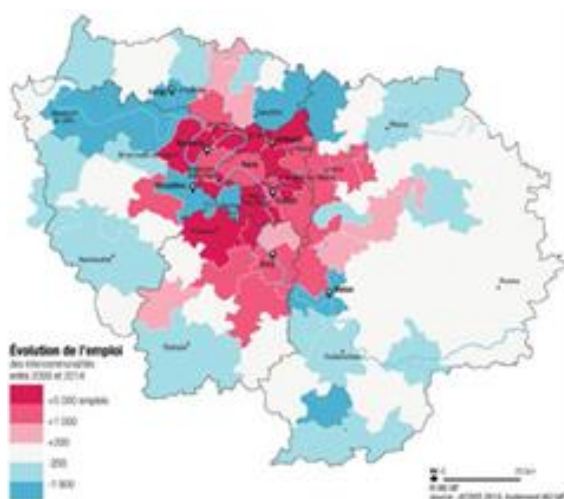


compétence tel qu'Orsay montre une proportion de cadres et travailleurs intellectuels deux fois et demi supérieur à ce qui existe dans le reste du département.

Le département de l'Essonne se caractérise par des activités tournées prioritairement vers la haute technologie grâce à la présence de plusieurs universités et grandes écoles, avec de nombreuses activités, par exemple dans la « Vallée de la Science sur le plateau de Saclay ». La recherche scientifique a pris une importance majeure dans l'économie départementale avec de nombreux centres de recherche et l'existence de pôles de compétitivité (université d'Évry Val d'Essonne).

L'agriculture occupe une place importante avec 50 % de son territoire, tout comme le commerce avec 15,4% des emplois dans les centres commerciaux. L'industrie est le 3^e pilier économique historique du département.

On constate des inégalités infra départementales en termes d'emplois, avec une

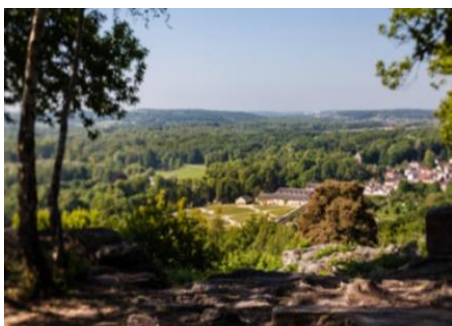


évolution défavorable au sud du département et surtout autour d'Étampes, ville pourtant dynamique¹⁵ (Cf. Carte- *Évolution de l'emploi*).

Évolution de l'emploi des intercommunalités entre 2009 et 2014

¹⁵ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), Diagnostic du Projet régional de santé 2, ACOSS 2015 évolution de l'emploi entre 2009 et 2014

Ainsi, le département de l'Essonne est un territoire contrasté avec deux paysages différents, entre le nord urbanisé et le sud rural. Le département concentre sur son territoire une diversité et une richesse économique relativement importante, avec des pôles d'excellence, mais aussi des pôles de précarité.



Parc régional du gâtinais



Evry : le quartier du bois sauvage

Niveau de vie

NIVEAU DE VIE

REVENU SALARIAL ANNUEL MOYEN NET

(source : Insee)

		Salaire en 2014 (en €)	Écart de salaire Moyenne DF (%)	Écart de salaire Moyenne province (%)
Essonne	➔	26 080	- 8,9 %	+ 20,8 %
Île-de-France	➔	28 640	-	+ 27,0 %

REVENU FISCAL DES FOYERS FISCAUX (EN €)

(source : DGFIP 2016)

		Revenu moyen net imposable des foyers fiscaux EN 2015 (en €)		Nombre de foyers fiscaux	Part de foyers fiscaux non imposables
		Imposables	Non imposables		
Essonne	➔	43 695	14 044	689 678	44,7 %
Île-de-France	➔	50 937	12 838	6 809 945	46,0 %

TAUX DE PAUVRETÉ

(source : Insee 2014)

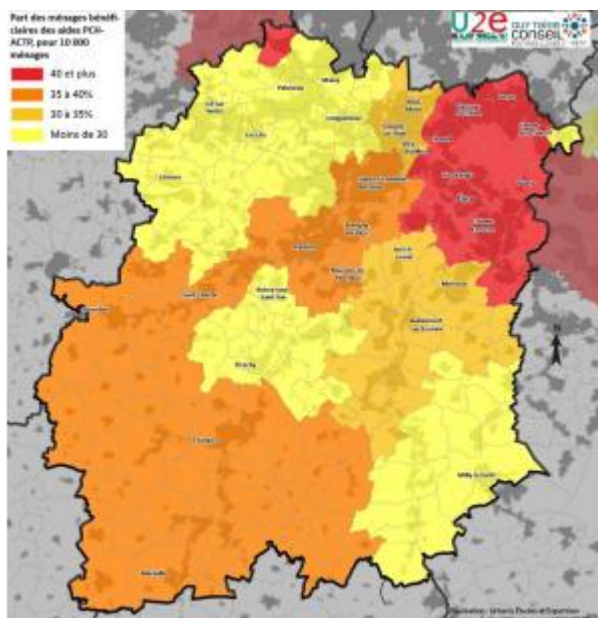
		Taux de pauvreté	Écart interdécile*
Essonne	➔	12,5 %	3,6
Île-de-France	➔	15,6 %	4,5
France	➔	17,7 %	3,5

* En Essonne, les 10 % les plus riches de la population perçoivent un revenu 3,6 fois supérieur au revenu perçu par les 10 % les plus pauvres.



En 2015, la moitié de la population essonniennne appartient à un foyer bénéficiaire¹⁶ d'aide sociale de la Caisse d'allocations familiales. 71% des allocataires de la CAF sont des familles, dont 52% de couples avec enfants et 19% de familles monoparentales.

La CAF verse des prestations précarité à 24% des allocataires de l'Essonne, dont 17% au titre du Revenu Solidarité Active et 7% au titre de l'Allocation Adultes Handicapés.



Selon le PDHL, le département de l'Essonne voit augmenter son nombre de bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) et de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) de plus 6% entre 2010 et 2015.

En termes de santé, la Couverture Maladie Universelle Complémentaire concerne 5,9% de la population de l'Essonne, ce qui est nettement inférieur à la moyenne

régionale et nationale, tandis que les bénéficiaires de l'AME sont supérieurs à la moyenne nationale.

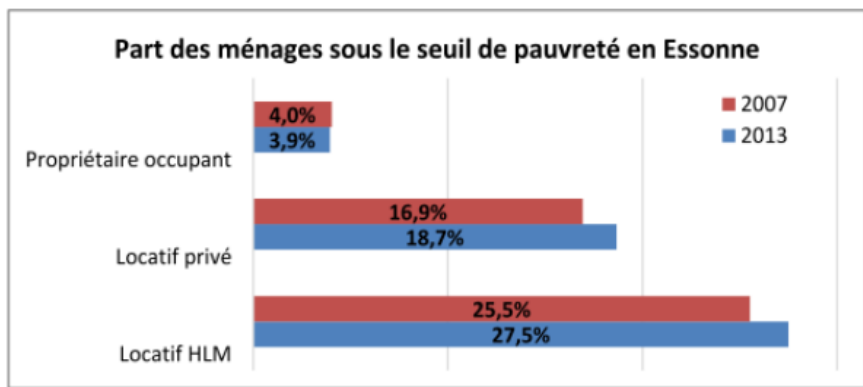
Logement

43% des prestations versées aux allocataires par la CAF le sont au titre de prestations logement, dont 26% au titre de l'Aide Personnalisée au Logement (APL), 9% au titre de l'Allocation de Logement Social (ALS) et 8% au titre de l'Allocation de Logement Familiale (ALF).

92,4% des logements en Essonne sont des résidences principales, taux supérieur à la moyenne régionale (90%). La proportion d'appartements (51,5%) est légèrement plus élevée que la proportion de maisons (47,7%). 6% des logements sont vacants sur le territoire, taux proche de la moyenne régionale (6,6%).

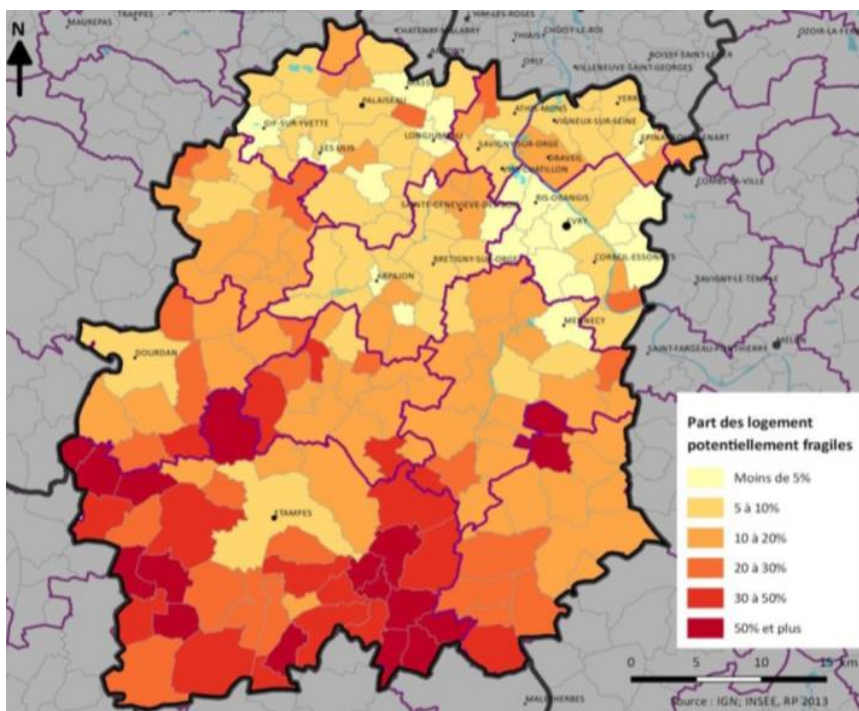
¹⁶ Données issues de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF)

En 2017, le taux de logements sociaux en Essonne (20,5%) est inférieur au taux régional (25%). Selon le diagnostic du Plan départemental de l’habitat et du logement (PDHL), les ménages modestes se logent de plus en plus dans un parc locatif privé. En 2013, 71% des ménages du parc locatif privé étaient éligibles au parc social et 37% au Prêt Locatif Aidé d’Intégration (PLAI). Ils sont particulièrement identifiés dans le sud de l’Essonne où la part de logements sociaux est moins développée.



Source : FILOCOM 2007 et 2013.

Un grand nombre d’anciens logements (construits avant 1975), présentant la plus grande consommation en énergies primaires (gaz naturel, fioul) se trouvent dans le sud du département.

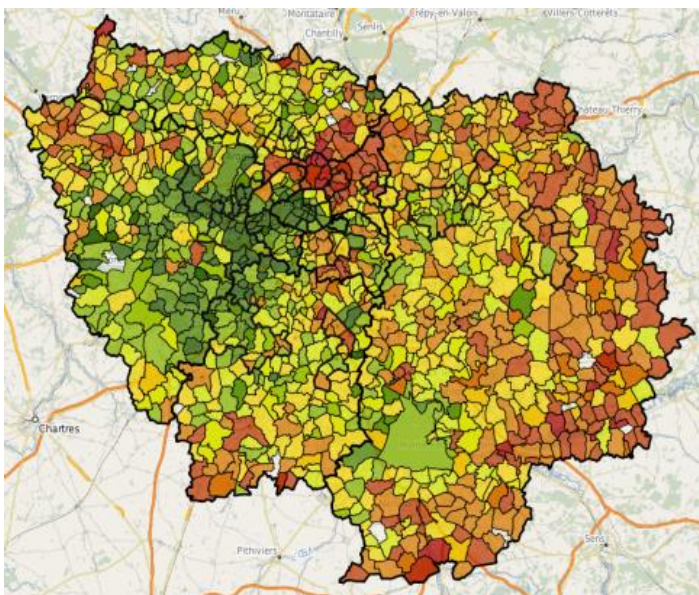


Indice de développement humain (IDH)

Pour synthétiser, il est possible de s'appuyer sur l'Indicateur de développement humain (IDH-2) mis en œuvre en Île-de-France. L'IDH a été créé par l'Organisation des nations unies (ONU) dans les années 1990 afin de dépasser la seule vision des indicateurs monétaires classiques (PIB...) et considérer trois dimensions : la capacité de bénéficier d'une vie longue et saine (santé)¹⁷, la capacité d'accéder à l'éducation et aux connaissances (éducation)¹⁸, la capacité d'accéder aux ressources matérielles indispensables pour atteindre un niveau de vie décent (revenu)¹⁹.

L'IDH-2, reprenant les trois dimensions de l'IDH (santé, éducation, niveau de vie) s'adapte aux réalités régionales et permet une mesure des disparités sociales aux différents échelons des collectivités locales (commune, département, région). La valeur de l'IDH-2 est la moyenne des trois indices obtenus. L'indicateur final a donc une valeur entre 0 (développement humain « nul ») et 1 (développement humain maximal).

Les valeurs de l'IDH-2 en 2013 sont très variables parmi les huit départements franciliens avec un écart de l'ordre de 40 % entre le niveau le plus haut et le niveau le plus bas. Les



plus élevées sont observées à Paris et dans les Hauts-de-Seine (0,64). La valeur la plus basse est observée en Seine-Saint-Denis (0,39). Les valeurs de l'IDH-2 varient plus fortement encore dans les communes d'Île-de-France (de 0,23 à 0,88).

Les disparités géographiques en Île-de-France inscrites dans les territoires

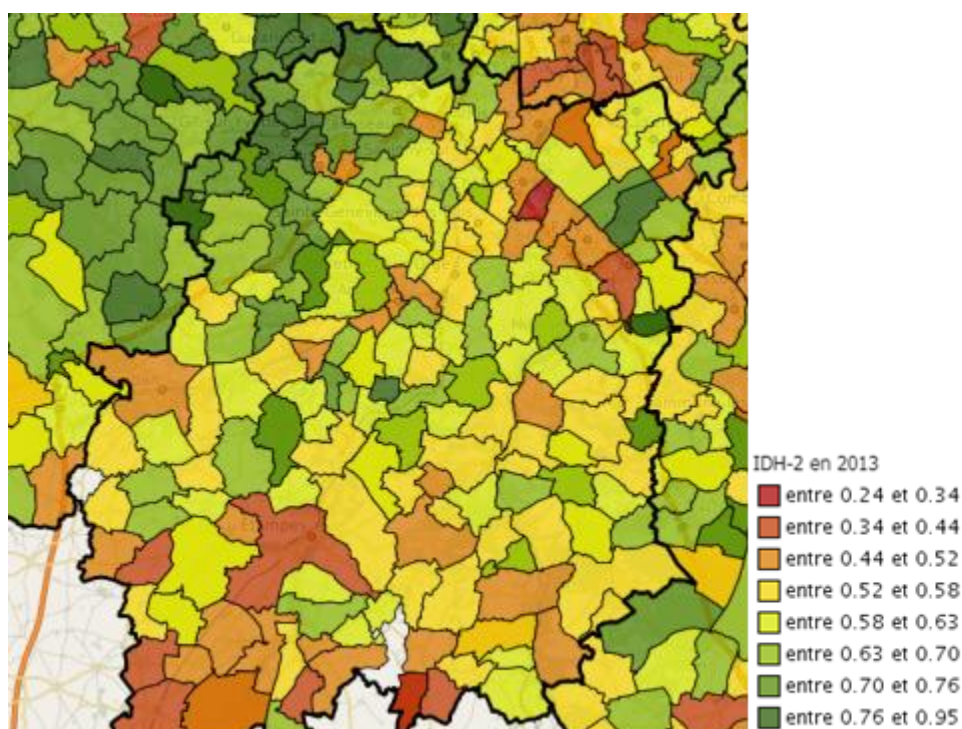
¹⁷ Indicateur retenu : espérance de vie à la naissance pour les deux sexes

¹⁸ Indicateur retenu : pourcentage de la population âgée de plus de 15 ans sortie du système scolaire avec un diplôme

¹⁹ Indicateur retenu : médiane des revenus fiscaux des ménages par unité de consommation

persistent, opposant un « grand » sud-ouest favorisé à une partie nord-est, moins étendue et plus centrale qui concentre les valeurs les plus basses de l'IDH-2.

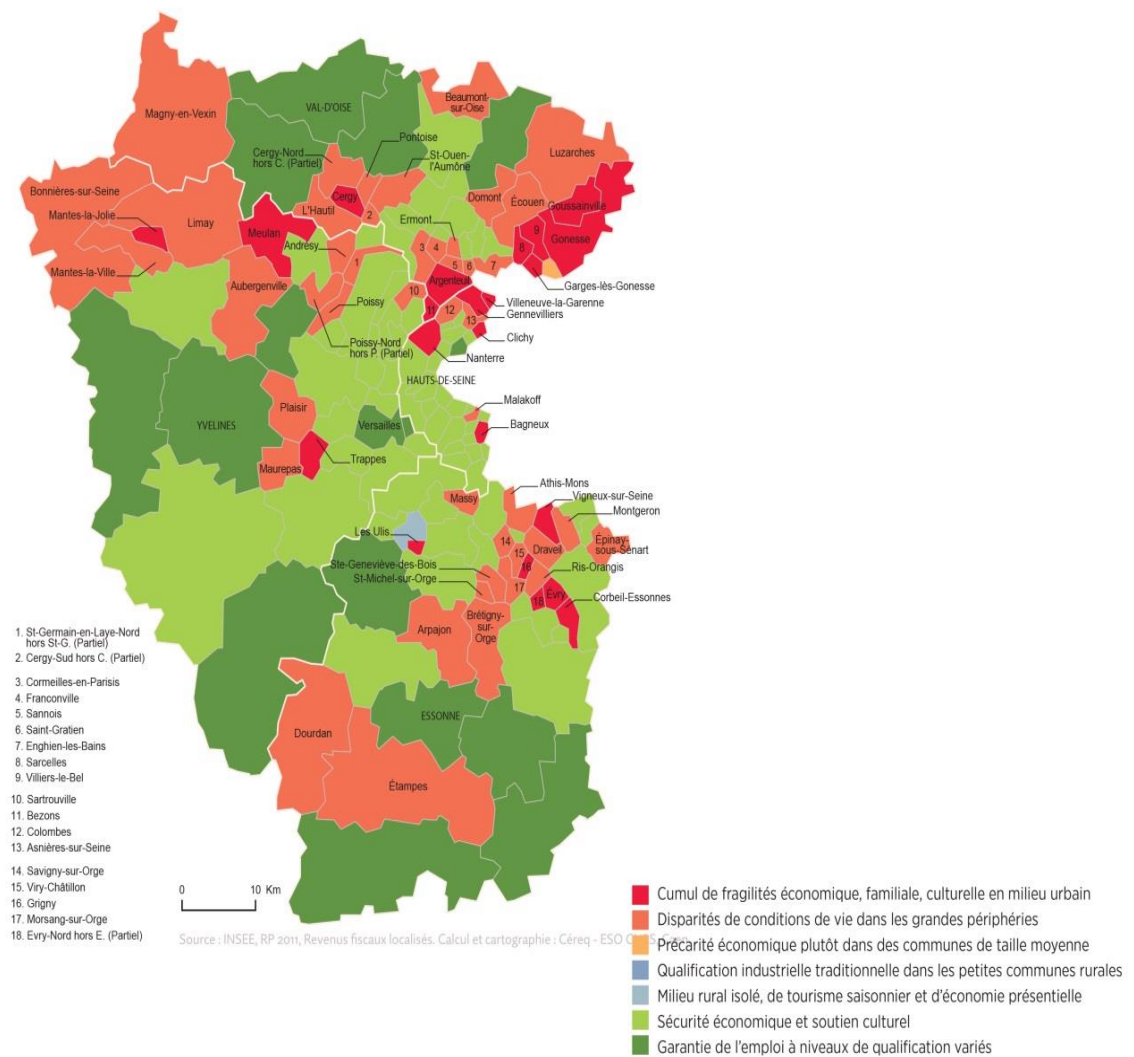
Les inégalités sociales et territoriales de santé déterminent des inégalités territoriales majeures. L'IDH-2, combinant les variables santé, éducation et revenu médian, s'élève à 0,59 pour le département de l'Essonne, contre 0,57 pour la région. Pour chacune de ces variables, le département de l'Essonne a un indice supérieur à celui de la région (santé : 0,53 équivalent à celui de la région, éducation : 0,60 contre 0,57 pour la région, revenu médian : 0,63 contre 0,62 pour la région).



Au sein du département, les inégalités sont marquées. Les communes les plus défavorisées se situent au nord, dans un continuum de communes en difficulté (Viry-Châtillon, Grigny, Evry jusqu'à Corbeil-Essonnes le long de l'A6) et au sud du département, avec l'ensemble des communes à partir d'Etampes. Sur l'infra-territoire sud essonnien, l'IDH2 est en dessous de la moyenne départementale dans de nombreuses communes. En 2011, les villes d'Angerville, Arpajon, Corbeil-Essonnes,

Etampes, Evry, Fleury-Mérogis, Monnerville, Nainville les Roches, Pussay avaient un IDH2 inférieur à 0,50.²⁰

Ce diagnostic se retrouve d'ailleurs concernant l'éducation, puisqu'on note des inégalités infra départementales, avec un certain nombre de zones fragiles à risques d'échec scolaire (Cf. carte ci-dessous).



Zones à risques d'échec scolaire

²⁰ Association Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) 2016

Impact du Grand Paris en Essonne et autres évolutions des transports

Le territoire s'organise autour d'un axe nord-sud marqué par la route nationale 7 et l'autoroute A6. Par ailleurs, la route nationale 20 (RN 20), voie de communication historique et axe de circulation nord-sud, permet de relier rapidement Paris et les



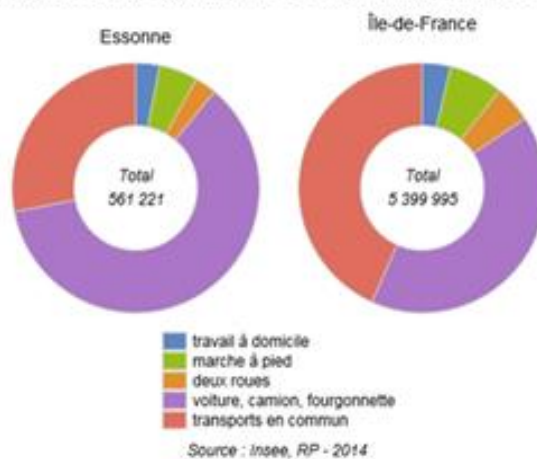
départements voisins et constitue l'un des axes principaux du sud de l'Île-de-France.

Avec jusqu'à 80 000 véhicules par jour, un trafic poids-lourds important (14 %), la RN 20 est un axe structurant pour le développement économique, pour l'emploi et pour les déplacements quotidiens en Essonne.

Il est également intéressant d'analyser les temps de parcours en voiture entre les établissements de santé, au sein de l'Essonne et avec des établissements spécialisés en psychiatrie dans les départements limitrophes (92 sud et 94 ouest), ainsi qu'avec les Hôpitaux universitaires Paris-Sud et le CH Sainte-Anne. La RN 20, axe de circulation nord-sud permet de relier rapidement ces lieux hors du département.

Un projet de requalification globale du territoire de la RN 20, à échéance 2025, entre Massy et Boissy-sous-Saint-Yon prévoit des actions en matière d'habitat, de développement économique et de déplacements (aménagement en axe multimodal avec l'insertion d'un

Répartition des actifs selon le mode de transport utilisé pour se rendre



site propre pour transports en commun entre Massy TGV/RER et Arpajon RER).

En outre, le nouveau grand Paris par mode de transport (prolongements des métros, modernisation des RER, métro automatique GPE et ses gares, trams-trains, nouvelles lignes ferrées, tramways, Bus à haute qualité de service) et plusieurs projets de Contrat de développement de territoire (CDT) impacteront l'Essonne et les départements limitrophes.

Le développement de ces nouveaux modes de transport optimisés, au profit de certaines zones du nord de l'Essonne, risque de renforcer les inégalités déjà constatées avec le sud du département. La liaison RER C/TER, desservant notamment Étampes en 30 minutes depuis Paris à certains horaires de la journée, gagnerait à être renforcée, afin de permettre une attractivité plus forte et durable pour les professionnels de santé (habitant généralement à Paris).

Dans le cadre du CDT Paris-Saclay, secteur emblématique du projet grand Paris, l'État veut développer un grand Campus de l'université Paris-Saclay de rang mondial, associé à un cluster.

On peut citer également le territoire du grand Orly, qui est la porte d'entrée sud de l'Île-de-France. Ce dernier fait l'interface avec les pôles d'Évry/Corbeil, Massy/Saclay, Val d'Yerres/Val-de-Seine, la vallée scientifique de la Bièvre, Seine-Amont. S'appuyant sur la singularité économique de ce territoire (aéroportuaire, agroalimentaire, logistique, industriel, commercial, hôtelier, transport), il vise une amélioration de son accessibilité, un confortement du pôle économique et le développement d'une nouvelle urbanité.

Enfin, les CDT Sciences et Santé et Innovation numérique doivent se développer dans le sud du 92 et l'Ouest du 94 (Antony, Villejuif, Kremlin Bicêtre...), zones qui sont limitrophes du département de l'Essonne.

Deuxième partie : Analyse de l'offre en santé mentale et des besoins de la population de l'Essonne

1. Offre de santé sur le département de l'Essonne

L'inégalité territoriale du département de l'Essonne se traduit par une démographie des professionnels de santé (psychiatres, orthophonistes, ...) défavorable pour l'accès à la prise en charge en matière de santé mentale.

On constate une insuffisance des stages d'internes en psychiatrie, ainsi qu'une absence de médecins à statut universitaire en psychiatrie dans le département. Il est relevé que la commission pédagogique liée à l'internat ne prend pas en compte les besoins de la grande couronne et la nécessaire réduction des inégalités territoriales. Une mobilisation de tous les acteurs concernés (ARS, Ministère, Doyen de faculté, représentants des internes, Fédération Hospitalière de France, Conseil Départemental) est donc indispensable.

Le taux de recours brut aux soins psychiatriques de l'Essonne est en effet inférieur de 24 % par rapport à la moyenne régionale selon les données 2016 de l'ARS Ile-de-France.

De plus, le Projet Régional de Santé met en avant le fait qu'au « sein des franges des départements de la Grande Couronne, l'offre sous tous ses aspects est concentrée dans les villes moyennes où elle est parfois fragile, notamment du fait de la démographie de certaines professions et du vieillissement accéléré de la population »

Les moyens du PTSM devront donc être définis de manière à réduire les inégalités régionales, notamment au niveau de la Grande Couronne. Il conviendra de faire connaître et de développer les atouts de l'Essonne pour soutenir l'attractivité du Département, notamment le Sud-Essonne, afin de répondre aux enjeux préoccupants de la démographie des professionnels de santé (notamment médicale).

1.1 Offre de ville départementale²¹

Dans un contexte de démographie des médecins particulièrement fragile, l'offre ambulatoire vise en premier lieu à maintenir une offre de soins de ville disponible et adaptée aux besoins de la population de l'Essonne. De plus, le département de l'Essonne présente des inégalités en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire.

Outre pour les médecins généralistes, la densité essonniennne est inférieure pour les pédiatres, les gynécologues, les ophtalmologistes, les psychiatres, les dentistes, les kinésithérapeutes, les orthophonistes. La densité de médecins spécialistes en Essonne est même inférieure à la moyenne nationale. A l'inverse, la densité est supérieure à la moyenne régionale pour les gériatres (plus du double de la densité nationale)²².

	Ecart/moyenne régionale	Ecart/moyenne nationale	Commentaires
Médecins généralistes	-15%	-29%	L'Île-de-France est elle-même au 2ème rang des régions de France les plus
Pédiatres libéraux	-32%	6%	Densité deux fois moins élevée/92 ou 75
Orthophonistes libéraux	-18%	-18%	Densité orthophonistes hospitaliers -22% /moy. régionale
Psychologues libéraux	-33%	2%	
Psychiatres (tous modes d'exercice)	-45%	-13%	

Département	Gynécologues	Ophtalmologues	Dentistes	Sages-femmes
75	2.44	1.79	9.77	0,63
77	0.70	0.55	4.15	0,43
78	1.12	0.86	5.33	0,74
91	0.91	0.70	4.64	0,58
92	1.16	1.00	6.27	0,59
93	0.60	0.46	3.09	0,36
94	0.85	0.80	5.08	0,51
95	0.80	0.64	4.09	0,45
Île-de-France	1.17	0.92	5.65	0,54

²¹ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS)

²² 32,6 en Essonne ; 31,4 en Île de France et 15,6 au niveau national

Médecins généralistes²³

En 2018, la médecine de ville présente une densité inférieure de 15% à la moyenne régionale pour les médecins généralistes de l'Essonne, alors que la densité régionale en médecins généralistes libéraux installés en Île-de-France est elle-même très inférieure à la densité nationale (l'Île-de-France étant au 2^e rang des régions de France les plus sous-dotées en 2014). La densité essonnienne de médecins généralistes libéraux est inférieure de 29% à la moyenne nationale, ce qui est très préjudiciable à l'accès aux soins.

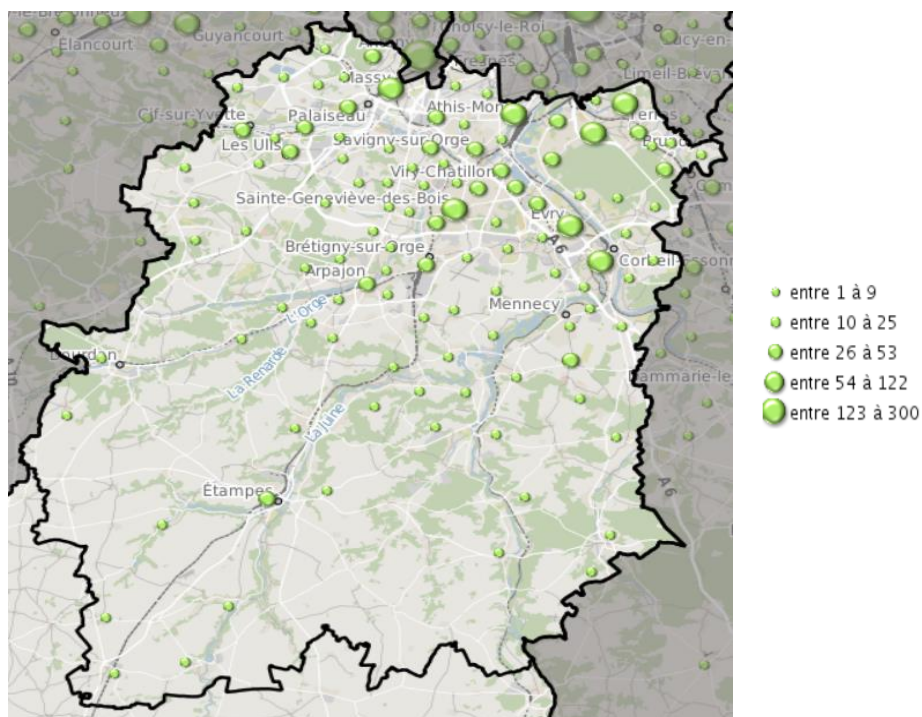
Département	Densité de médecins généralistes - libéraux ou mixtes- 2018 (pour 100 000 habitants)
Paris	132,9
Seine-et-Marne	69,3
Essonne	72,9
Hauts-de-Seine	84,7
Seine-Saint-Denis	67,1
Val-de-Marne	72,1
Val-d'Oise	73,1
Ile de France	85,6
France	102,1

De plus, les départs en retraite des médecins généralistes en Essonne seront plus nombreux qu'en France (30 % ont 60 ans et plus, contre 28 % au niveau national²⁴). Enfin, la densité des médecins généralistes salariés en établissement ne compense pas cette situation, leur densité étant elle aussi inférieure à la densité régionale et nationale. Le département de l'Essonne a identifié que tout le sud est en situation critique, voire très critique, pour l'accès à un médecin généraliste²⁵.

²³ Source Atlas de la Santé Mentale

²⁴ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), Diagnostic du Projet régional de santé 2, RH diamant

²⁵ Département de l'Essonne, Direction Etudes Observation Prospective : Dispositif départementale d'aide à la réalisation de structures d'exercice collectif de santé (mai 2017)

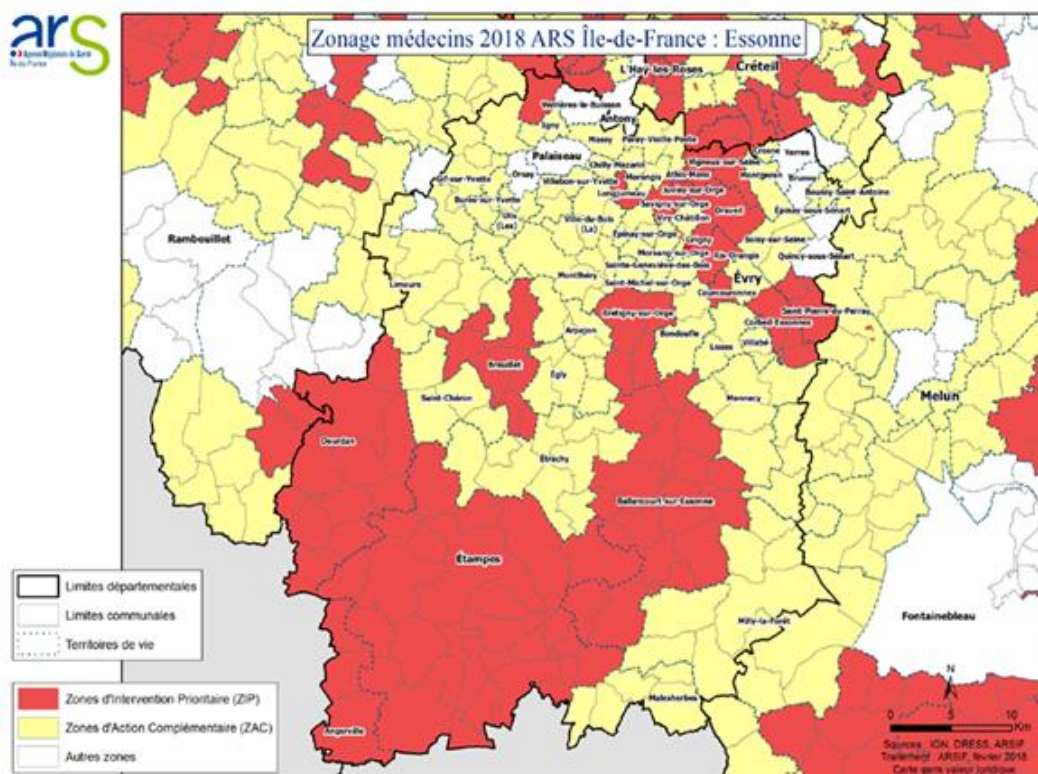


Omnipraticiens libéraux par communes en 2017

Pour autant, la médecine de ville en Essonne est un secteur dynamique grâce à la mobilisation des acteurs de santé et des collectivités territoriales. On constate la création de nombreuses maisons de santé pluri-professionnelles, un dispositif de permanence des soins ambulatoires déployé sur tout le département, une permanence des soins dentaires et un développement de la coordination des parcours (réseaux de santé, projet de communauté professionnelle territoriale de santé, projet innovant de mise en relation de professionnels de santé porté par des acteurs de ville).

La coordination des soins entre les différents secteurs du soin doit se poursuivre et se développer pour fluidifier les parcours de santé et optimiser le temps soignant.

On note des zones de fragilité sur le territoire de l'Essonne en matière d'offre ambulatoire, inégalement répartie. Face au défi de la démographie médicale entraînant des inégalités d'accès aux soins, l'Agence réalise depuis 2012 un zonage médecins, de manière à cibler des zones déficitaires et fragiles, territoires prioritaires où doivent être déclinées les aides à l'installation. Le dernier zonage médecins publié en mars 2018 présente une évolution majeure du nombre de territoires ciblés par les aides à l'installation puisqu'en Essonne, 90 % de la population de l'Essonne appartient soit à une zone d'intervention prioritaire (ZIP) soit à une zone d'action complémentaire (ZAC).



Pédiatres libéraux

La densité de pédiatres libéraux est inférieure de 32% à la moyenne régionale et plus de 2 fois moins élevée dans le département de l'Essonne que dans le département des Hauts-de-Seine ou à Paris. Le département de l'Essonne est l'un des départements de la région les moins dotés en pédiatres libéraux.

Département	Densité de pédiatres libéraux et salariés - Libéraux ou mixtes – 2016 (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans)
Paris	12,2
Seine-et-Marne	4,7
Yvelines	7,8
Essonne	5,1
Hauts-de-Seine	11,3
Seine-Saint-Denis	3,9
Val-de-Marne	7,2
Val-d'Oise	4,6
Île-de-France	7,5
France	4,8

Orthophonistes libéraux

La densité des orthophonistes libéraux sur le territoire de l'Essonne est inférieure de 18% à la densité régionale et nationale. Cette situation très défavorable n'est pas compensée par la situation des orthophonistes salariés hospitaliers, dont la densité est inférieure de 22% à la moyenne régionale.

Département	Densité d'orthophonistes Libéraux ou mixtes
75 - Paris	46,3
77 - Seine-et-Marne	18,7
78 - Yvelines	33,2
91 - Essonne	24,5
92 - Hauts-de-Seine	36,4
93 - Seine-Saint-Denis	16,9
94 - Val-de-Marne	29,7
95 - Val-d'Oise	22,8
Ile de France	29,9
France	29,8

Infirmiers libéraux

En 2018, la densité d'infirmiers libéraux sur le territoire de l'Essonne est au niveau de la moyenne régionale mais nettement inférieure à la moyenne nationale.

Département	Densité d'infirmiers Libéraux ou mixtes
75 - Paris	130,7
77 - Seine-et-Marne	94
78 - Yvelines	67,1
91 - Essonne	86,3
92 - Hauts-de-Seine	68,5
93 - Seine-Saint-Denis	67,5
94 - Val-de-Marne	69,5
95 - Val-d'Oise	97,7
Ile de France	87
France	181

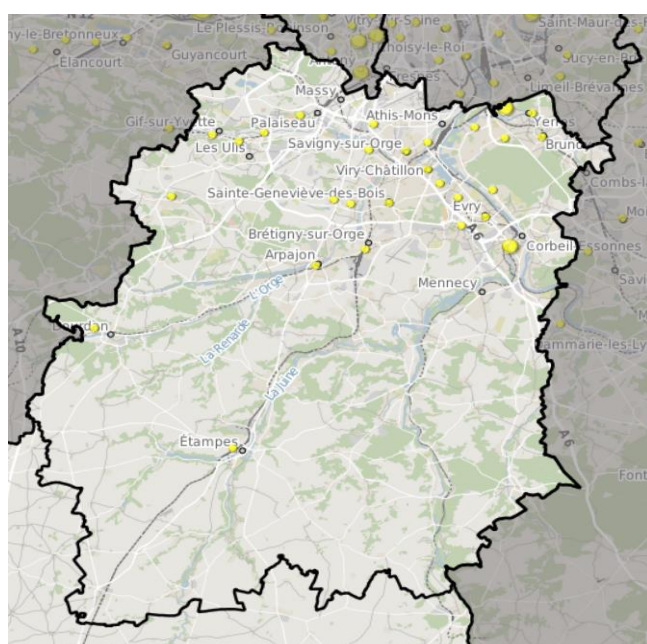
Psychiatres libéraux

Le département de l'Essonne comptabilise une densité de psychiatres libéraux très nettement inférieure (-69%) à la densité régionale et doublement inférieure à la densité nationale. On note un écart énorme entre la densité de psychiatres à Paris et celle des autres départements de la région.

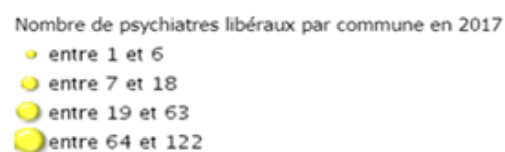
Département	Densité de psychiatres (par mode d'exercice) - Libéraux ou mixtes – 2016 (pour 100 000 hab.)
Paris	64,4
Seine-et-Marne	5,4
Yvelines	9,1
Essonne	5,6
Hauts-de-Seine	12,4
Seine-Saint-Denis	4,1
Val-de-Marne	7,8
Val-d'Oise	6,6
Ile de France	17,9
France	9,9

Source RPPS, Insee 2016

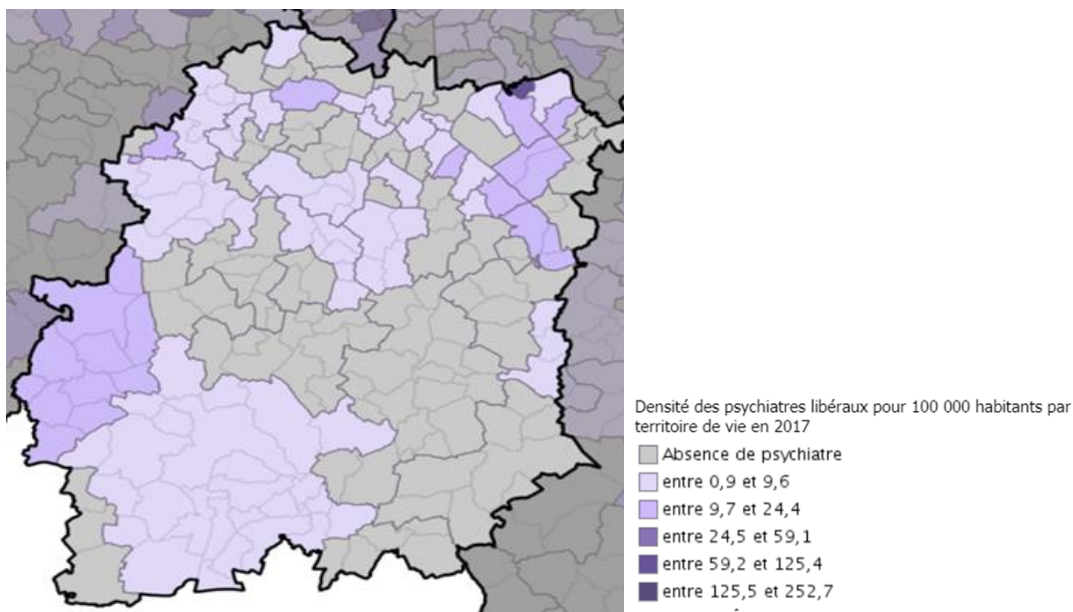
La répartition des psychiatres libéraux sur le territoire de l'Essonne est elle-même inégale. Les cartes ci-dessous montrent que la majorité des psychiatres libéraux se trouvent au nord du département. Le constat est que le sud du département est



dépourvu de psychiatres libéraux, seules les communes de Dourdan et Étampes en disposant.



Source : Santegraphie



Source : santegraphie

Par ailleurs, selon le Conseil de l'Ordre des Médecins, le nombre de pédopsychiatres a été divisé par deux entre 2007 et 2016. La mesure des effectifs de pédopsychiatre se révèle compliqué dans la mesure où la pédopsychiatrie ne constitue pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie.²⁶

Psychologues libéraux

Le département de l'Essonne est le 3^{ème} département le plus faible de la région en densité de psychologues libéraux. Comme le montre le tableau ci-dessous, sa densité est nettement inférieure (-33%) à la densité régionale (qui est impactée positivement par la densité de psychologues libéraux à Paris) mais est légèrement supérieure à la moyenne nationale (27,1).²⁷

Département	Densité de psychologues libéraux – 2016 (pour 100 000 hab.)
Paris	93,4
Seine-et-Marne	22,2
Yvelines	41,1
Essonne	27,7
Hauts-de-Seine	41,5

²⁶ Citation issue d'un rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France

²⁷ Atlas de la Santé Mentale

Seine-Saint-Denis	15,2
Val-de-Marne	32,8
Val-d'Oise	28,5
Ile de France	41,6
France	27,1

Source RPPS, Insee 2016

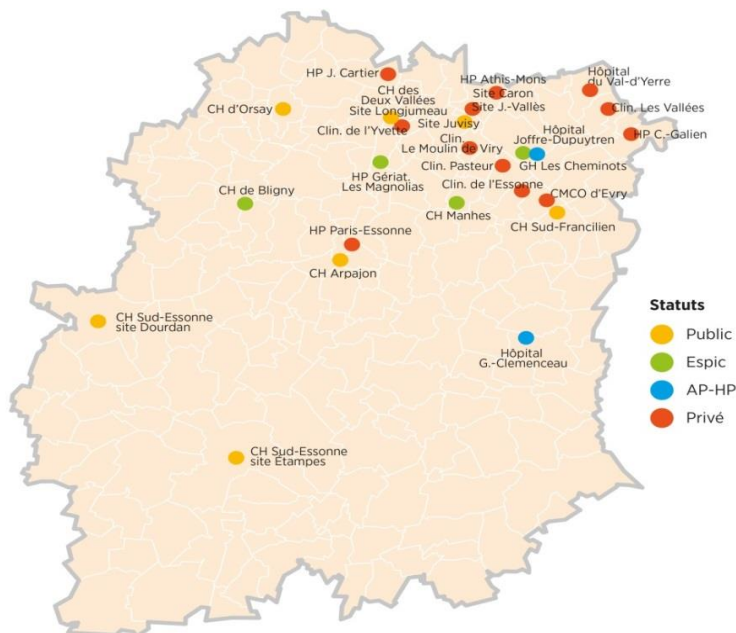
Autre offre de premier recours : médecine scolaire et universitaire

En 2018, le département de l'Essonne comptabilisait 6 752 élèves en situation de handicap dont 2 540 souffrent de troubles des fonctions cognitives et 1 081 souffrent de troubles psychiques et du comportement. 59,10% des élèves en situation de handicap en Essonne sont des élèves du 1^{er} degré (3 991) et 40,89% sont des élèves du 2nd degré.

Actuellement, le département de l'Essonne comptabilise 175 infirmières scolaires²⁸.

1.2 Offre hospitalière départementale

L'offre sanitaire MCO du département de l'Essonne est composée d'établissements publics, d'établissements de santé privés d'intérêt collectif, d'établissements privés et d'établissements parisiens (2 de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris).



Établissements de santé MCO en Essonne

²⁸ Source Direction Départementale de l'Essonne de l'Éducation Nationale

1.2.1 Ressources soignantes en établissement de santé

Pédiatres

Le département de l'Essonne est le département de la région qui a la plus faible densité de pédiatres salariés hospitaliers, 58% inférieure à la moyenne régionale.

Département	Densité de pédiatres libéraux et salariés - Salariés hospitaliers - 2017 (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans)
Paris	24,8
Seine-et-Marne	4,4
Yvelines	4,9
Essonne	4,1
Hauts-de-Seine	7,9
Seine-Saint-Denis	6,4
Val-de-Marne	10,7
Val-d'Oise	5,6
Ile-de-France	9,8

Psychiatres

La densité de psychiatres hospitaliers dans le département de l'Essonne est inférieure de 21 % à la moyenne régionale et même inférieure à la Seine-Saint-Denis.

Département	Densité de psychiatres (par mode d'exercice) - Salariés hospitaliers - 2016 (pour 100 000 hab.)
Paris	26,9
Seine-et-Marne	8,2
Yvelines	15,8
Essonne	12,7
Hauts-de-Seine	10
Seine-Saint-Denis	14,6
Val-de-Marne	22,7
Val-d'Oise	11,6
Ile de France	16,1
France	11,4

Ce constat vaut pour la psychiatrie générale (-20% par rapport à la moyenne régionale²⁹) et la pédopsychiatrie (-28% par rapport à la moyenne régionale³⁰).

Plus largement, en 2016, le département dispose seulement de 20,1 ETP de psychiatres, tous modes d'exercice confondu, pour 100 000 habitants, ce qui est inférieur de 45% à l'offre régionale (36,8 pour 100 000 habitants), ainsi qu'à la moyenne nationale (-13%).

Le rapport Le Menn sur la démographie médicale indique que 1300 psychiatres vont arrêter leur activité dans les 10 ans qui viennent en Ile-de-France. Il s'agit de la spécialité la plus en difficulté de recrutement compte tenu des départs programmés, devant les anesthésistes. En Ile-de-France, l'Essonne, située en Grande Couronne et dans les zones dites déficitaires ou fragiles, se situe juste derrière la Seine-et-Marne en matière de difficulté de recrutement.

Département	Densité de psychiatres (par mode d'exercice) tous modes d'exercice – 2016 (pour 100 000 habitants)
Paris	97,7
Seine-et-Marne	14,6
Yvelines	27,0
Essonne	20,1
Hauts-de-Seine	24,6
Seine-Saint-Denis	21,1
Val-de-Marne	32,7
Val d'Oise	20,4
Ile-de-France	36,8
France	23

Psychologues

Le département de l'Essonne est le département de la région qui compte le moins de psychologues en établissement de santé.

²⁹ 13,6 ETP de psychiatres en établissement de santé pour 100 000 habitants de plus de 16 ans, dédiés à la psychiatrie générale, contre 16,9 ETP en Ile-de-France en 2015

³⁰ 14,4 ETP de psychiatres en établissement de santé pour 100 000 habitants de 0-14 ans, dédiés aux enfants et adolescents en Essonne, contre 19,9 ETP en Ile-de-France en 2015

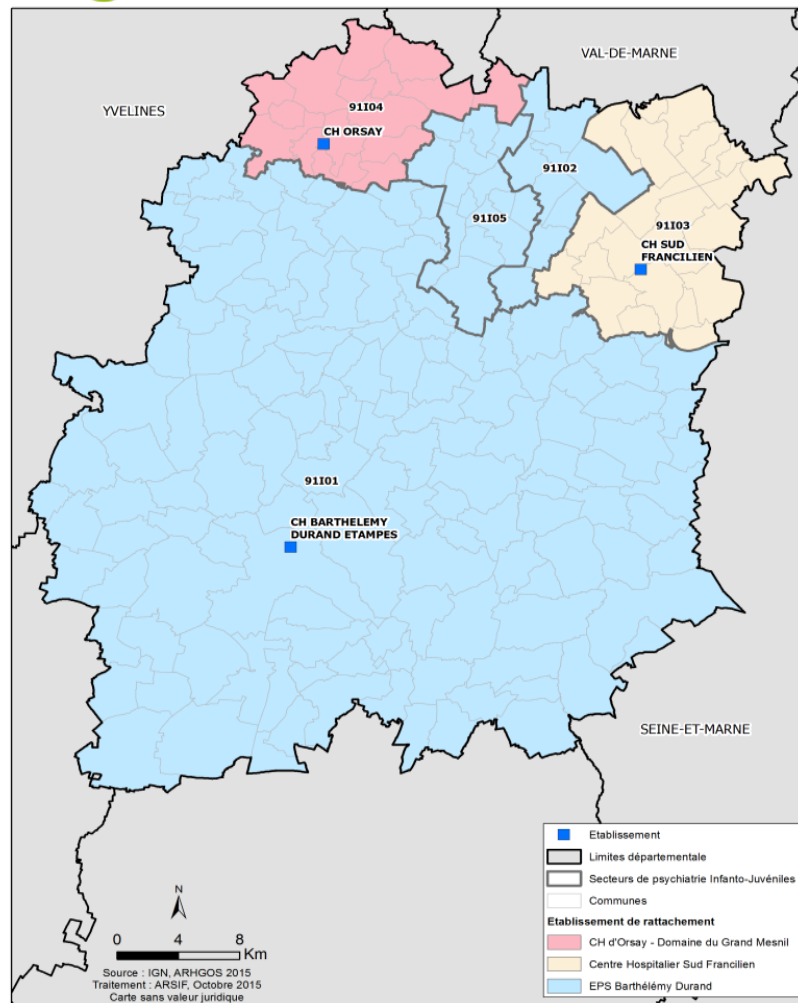
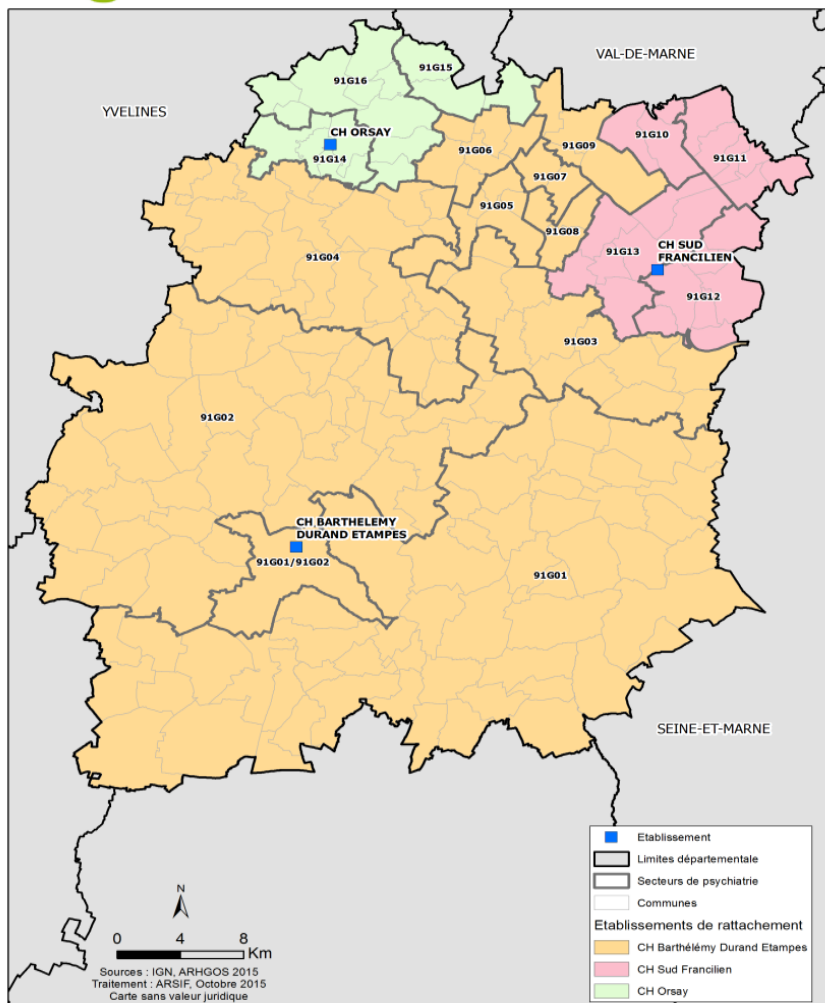
Départements	Effectifs des psychologues salariés hospitaliers en 2018
Paris	838
Seine-et-Marne	277
Yvelines	288
Essonne	220
Hauts-de-Seine	399
Seine-Saint-Denis	361
Val-de-Marne	446
Val-d'Oise	283
Ile de France	3 112

1.2.2 Offre de prise en charge psychiatrique en établissements publics

L'Essonne dispose de 3 établissements sectorisés en psychiatrie, dont un établissement spécialisé en santé mentale. Le département est découpé en 16 secteurs de Psychiatrie générale et 5 de Psychiatrie infanto-juvénile (voir cartes ci-dessous) :

- Le GH Nord-Essonne (GHNE) dispose de 3 secteurs adultes et d'1 secteur infanto-juvénile comprenant un service pour l'hospitalisation des adolescents à vocation départementale ; Il dispose d'un programme d'ETP autorisé par l'ARS, d'une PASS et d'une équipe mobile de crise et de liaison
- Le CH Sud-Francilien (CHSF) dispose de 4 secteurs adultes et d'1 secteur infanto-juvénile
- L'EPS Barthélemy Durand (EPSBD) couvre 84 % du territoire de l'Essonne concernant l'offre de proximité à travers 9 secteurs adultes, 3 secteurs infanto-juvéniles et 2 inter secteurs pour adultes et adolescents (comportant 2 centres de crise, deux foyers, un hôpital de jour intersectoriel, des consultations spécialisées...). Il possède une vingtaine de dispositifs départementaux³¹, supra départementaux et régionaux.

³¹ PASS psychiatrique, Maison d'accueil spécialisée départementale, Unité de répit et de transition interdépartementale, Centre de crise départemental pour adultes, Unité d'hospitalisation de crise départementale pour adolescents, 4 programmes départementaux d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS et programme profamille, autres unités départementales pour adolescents, Maison des adolescents du 91, diverses consultations spécialisées, salle d'audience ouverte au département, Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale et autisme, polyhandicap et handicap génétique rare à vocation nationale, télémedecine régionale "Soins somatiques des personnes avec troubles du spectre de l'autisme"...



Les capacités d'accueil de chaque établissement sectorisé en psychiatrie générale et en infanto-juvénile sont décrites ci-dessous :

		EPS Barthélemy Durand	GHNE	CHSF
Prise en charge à temps complet	Hospitalisation à temps plein	252	87	100
	Placement familial thérapeutique	95	-	26
	Accueil en appartement thérapeutique	4	-	9
	Accueil en centre de post cure	47	-	20
	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences	11	-	
	Unité psychiatrique de liaison intersectorielle			12
	Hospitalisation à domicile	-	-	-
Prise en charge à temps partiel	Hospitalisation de jour	51	45	20
	Hospitalisation de nuit	9	12	-

Capacité d'accueil de chaque établissement sectorisé en psychiatrie générale en nombre de lits ou places installées au 31/12/2012³², mis à jour avec le dossier d'autorisation de 2015 pour l'EPS Barthélemy Durand, corrigé pour l'hospitalisation de nuit du GHNE

		EPS Barthélemy Durand	GHNE	CHSF
Prise en charge à temps complet	Hospitalisation à temps plein	-	12	-
	Placement familial thérapeutique	49	-	16
	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences	10 (12 lits physiques)		-
	Hospitalisation à domicile	-	-	-
Prise en charge à temps partiel	Hospitalisation de jour	88	25	10
	Hospitalisation de nuit	-	-	-

Capacité d'accueil de chaque établissement sectorisé en psychiatrie infanto-juvénile en nombre de lits ou places installées au 31/12/2012

Offre ambulatoire hospitalière

A cette offre en hospitalisation temps plein, s'ajoute l'offre ambulatoire de chaque établissement, en Centres médico-psychologiques (CMP), en Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en hôpital de jour, qui permet le maillage du territoire.

Le département dispose de nombreux CMP :

- L'EPS Barthélemy Durand : 15 CMP adulte et 12 CMP infanto-juvénile
- Le CHSF : 6 CMP adulte et 3 CMP infanto-juvénile.
- Le GHNE : 4 CMP adulte et 5 CMP infanto-juvénile / CMP petite enfance.

³² Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS) (Fév. 2016) et SAE (2014)

Le département comptabilise 32 CATTP et 20 hôpitaux de jour :

- L'EPS Barthélemy Durand : 12 CATTP adulte et 11 CATTP infanto juvénile, 8 Hôpitaux de jour adulte et 5 hôpitaux de jour infanto juvénile
- Le CHSF : 4 CATTP adultes, 2 CATTP infanto juvéniles, 2 hôpitaux de jour adultes
- Le GHNE : 3 CATTP adulte, 3 hôpitaux de jour adulte, 2 hôpitaux de jour infanto juvénile

Equipes mobiles et de liaison

Outre les différentes formes de prise en charge, on constate le développement d'équipes mobiles psychiatriques départementales (psychiatrie du sujet âgé, DIAPSY pour la précarité par l'EPSBD), ou non (équipe de crise et de liaison pour les secteurs d'Orsay du GHNE...).

L'EPS Barthélemy Durand dispose d'une équipe mobile départementale de psychiatrie du sujet âgé du 91 (EMPSA91), dispensant en urgence différée une expertise pluridisciplinaire. Il dispose aussi d'une équipe mobile départementale DIAPSY (dispositif d'accès aux soins psychiatriques des plus démunis, psychiatrie et repérage des problèmes somatiques), d'une équipe de liaison et de soin en addictologie (ELSA), et d'une unité mobile périnatalité et petite enfance. De plus, l'EPSBD a initié une expérience d'équipe mobile orientée prise en charge somatique des personnes handicapées avec comportement problème et douleur et a un projet d'équipe mobile de crise et de prévention du risque suicidaire chez les jeunes adultes notamment, adossée à ses 2 centres de crise départementaux.

Le Groupe Hospitalier Nord Essonne bénéficie d'une équipe de liaison de psychiatrie sur le site d'Orsay et d'une équipe de crise et de liaison intersectorielle. Sur le site de Longjumeau, la liaison est assurée par une équipe de l'EPS Barthélemy Durand. Enfin, il existe sur le GHNE une ELSA (Equipe de Liaison de Soins en Addictologie).

Depuis 2009, des unités mobiles interdépartementales (UMI) ont été créées. Elles ont pour mission d'accompagner les institutions ou les familles confrontées à des situations complexes de personnes avec autisme ou atteintes de troubles envahissants du développement, sans limite d'âge (enfant, adolescent ou adulte). L'UMI-TED Ouest a été créée pour les départements de l'Essonne, des Yvelines et du Val d'Oise. Dépendant de l'hôpital Charcot Plaisir, elle intervient à la demande des établissements ou des familles et apporte un soutien aux aidants.

Soins sans consentement

Sur l'ensemble du territoire, trois établissements publics autorisés en psychiatrie sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement :

- L'EPS Barthélemy Durand à Étampes et Sainte-Geneviève-des-Bois, qui dispose d'une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée à Étampes, sur l'emprise de l'établissement, où le juge des libertés et de la détention statue. Cette salle assure clarté, sécurité des débats et accès du public.
- Le Centre Hospitalier Sud Francilien à Corbeil-Essonnes,
- Le Groupe Hospitalier Nord Essonne sur le site du CH d'Orsay à Bures sur Yvette.

On notera que l'ESPIC de l'association de santé mentale du 13ème arrondissement de Paris (ASM13) et le GPS Perray-Vaucluse (intégré dans le GHU Paris psychiatrie et neurosciences) ne sont pas ouverts à la population Essonnoise (dédiés à la population Parisienne selon la sectorisation) bien qu'ils disposent de sites Essonnais.

Pour mémoire, les soins sans consentement peuvent s'effectuer, soit sur décision d'un directeur d'établissement, soit sur décision du représentant de l'Etat (Préfet et maire avec approbation ultérieure du préfet).

Dans le cas où décision émane d'un directeur d'établissement, celle-ci doit reposer sur deux éléments : des troubles mentaux rendant impossible le consentement et un état mental qui impose des soins immédiats en surveillance constante justifiant une hospitalisation complète. Elle se décline selon trois modalités :

- Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) : la demande de tiers doit être manuscrite et signée et valable 15 jours, elle est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés de moins de 15 jours³³
- Soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) : quand il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers, le directeur peut prononcer les soins sans consentement à condition qu'il existe à la date de l'admission un péril imminent pour la santé de la personne dûment constaté par un certificat médical (établi par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement),

³³ Le 1^{er} établi par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement constatant l'état mental de la personne malade et indiquant les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins et le 2^e peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement qui accueille le patient, confirmant le premier

- Soins psychiatriques en urgence (SPU) : s'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient, le directeur peut prononcer à titre exceptionnel à la demande d'un tiers, l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical.

Le Préfet peut prononcer l'admission en soins psychiatriques sans consentement sous deux conditions :

- La présence de troubles mentaux nécessitant des soins,
- Les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Cette décision doit être circonscrite par un avis médical d'un médecin exerçant hors de l'établissement accueillant le patient.

La décision de prononcer les soins psychiatriques sans consentement par le Préfet, peut également intervenir après une mesure provisoire établie par le maire. En effet, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes (attesté par un avis médical) le maire arrête à l'égard des personnes malades toutes les mesures provisoires nécessaires. Le maire dispose ensuite de 24h pour en référer au Préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques.

La Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) de l'Essonne, présidée par le Dr Plissier (médecin généraliste) et composée des représentants d'associations (Annie Labbé pour l'association Argos 2001 et Dominique Thébault de l'Unafam Essonne), est informée des décisions d'admissions en soins psychiatriques sans consentement et examine la situation de patients admis en péril imminent dans les 3 mois de leur admission, puis au moins une fois tous les six mois. Elle peut requérir la levée de la mesure de soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement. Dans ce cas, le directeur doit y faire droit. Elle se réunit au moins une fois par trimestre. Elle visite les établissements mentionnés ci-dessus au moins deux fois par an. Le secret médical ne lui est pas opposable.

Offre en milieu pénitentiaire

Le Centre Hospitalier Sud Francilien est l'établissement du département qui assure la prise en charge des soins des détenus de la Maison d'Arrêt de Fleury-Mérogis. Il s'agit d'une mission d'intérêt général. Le CHSF dispose d'un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) implanté au sein de la Maison d'Arrêt. L'équipe du service assure différentes missions :

- actions de prévention des affections mentales,
- mise en œuvre des traitements des troubles psychologiques et psychiatriques,

- continuité des soins à l'occasion des transferts et à l'issue de l'incarcération.

Un centre de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie (CSAPA) est également implanté au sein de la Maison d'Arrêt. Il assure le suivi médical des détenus confrontés à une ou plusieurs addictions (évaluation médicale, consultations individuelles, suivi médical, social et psychologique, actions de prévention, protocoles de traitement de substitution aux opiacés).

1.2.3 Offres de prise en charge psychiatrique en établissements privés

Outre les établissements de santé publics autorisés ou spécialisés en psychiatrie, la prise en charge des troubles psychiques est également assurée par les établissements privés.

Le Centre Hospitalier Frédéric Henri Manhès situé à Fleury-Mérogis est le seul établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) du département autorisé en psychiatrie et non sectorisé. Il prend en charge des adultes en hospitalisation complète (30 lits) sur les profils suivants :

- Troubles dépressifs moyens à sévères, Troubles bipolaires, Troubles de la personnalité, Addiction (spécialisation alcool), Prise en charge de la psychose du sujet jeune / schizophrénie, Etats anxieux, Démences de la maladie d'Alzheimer et autres processus neurodégénératifs. Le centre hospitalier dispose de 10 lits de SSR addictologie, d'un programme d'ETP autorisé concernant le post sevrage pour les adultes en dépendance à l'alcool et de 3 places de sismothérapie.

Sur le département, 4 établissements privés du groupe Clinéa sont spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques.

- La Clinique Château du Villebouzin à Longpont-sur-Orge prend en charge les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les psychoses aiguës et chroniques et les troubles comorbides associés à la conduite addictive. C'est un établissement de 78 lits de psychiatrie pour adultes.
- Le Château du Bel Air à Crosnes est un établissement avec une unité adulte et une unité de 14 lits dédiée à l'accueil des adolescents de 12 à 24 ans.
- La Clinique de l'Isle Le Moulin à Crosnes a pour activité la prise en charge de la dépression, de l'alcoolisme et addictions, des troubles anxieux, des troubles bipolaires et des troubles psychiques. L'établissement dispose de 120 lits d'hospitalisation complète pour les adultes et 13 appartements thérapeutiques dédiés à l'accompagnement éducatif et sanitaire d'adolescents de 15 à 21 ans.
- La Clinique du Val de Bièvres l'Abbaye à Viry-Châtillon prend en charge les troubles psychotiques, les épisodes dépressifs sévères et les conduites addictives. L'établissement dispose de 98 lits pour adultes.

1.3 Offre médico-sociale départementale

L'offre médico-sociale du département de l'Essonne³⁴ répond à l'accompagnement ou la prise en charge d'enfants ou d'adultes handicapés souffrant d'un handicap psychique. Elle est globalement satisfaisante en comparaison avec l'offre de l'Île-de-France mais contrastée. Notons que l'offre régionale en la matière est elle-même sous dotée par rapport à l'offre nationale.

Pour mémoire, cette offre ne peut être mise en œuvre que sous condition d'une décision de la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) reconnaissant le handicap. Le type d'orientation sera fonction du degré d'autonomie de la personne.

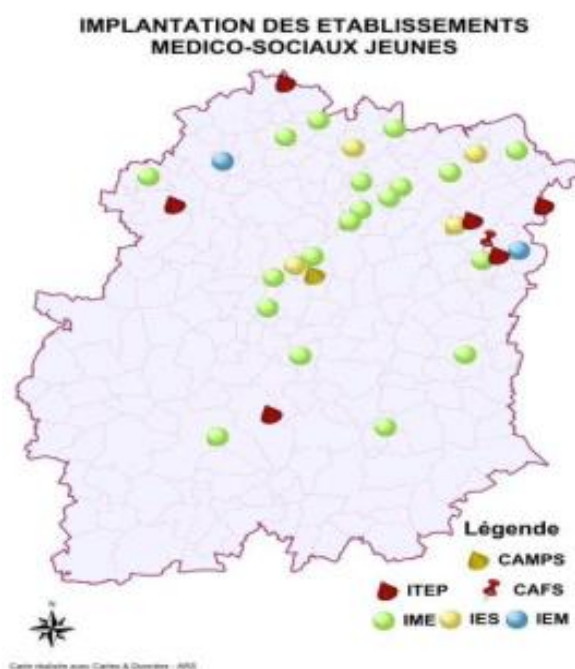
La typologie de répartition des Etablissements Spécialisés Médico-Social (ESMS) se fait en fonction de l'orientation en milieu ordinaire ou milieu protégé et selon l'âge :

- ESMS jeunes (0-20 ans)
- ESMS adultes (20 ans-fin de vie)

1.3.1 Offre médico-sociale infanto-juvénile

Il existe sur le territoire de l'Essonne différents types d'Etablissements et services médico-sociaux (ESMS) jeunes :

- 18 Instituts Médico-Educatifs (IME) pour les jeunes souffrant d'une déficience intellectuelle,
- 6 Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP) pour les enfants et les jeunes souffrant de troubles de la conduite et du comportement,
- 4 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) pour les enfants (de 0 à 6 ans) présentant des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux,
- 1 Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)



³⁴ Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS), diagnostic de l'Essonne, conseil territorial de santé (Mars 2017)

Le département de l'Essonne est un des départements de la région les mieux dotés en équipements pour enfants et jeunes handicapés, mais reste globalement inférieur à la moyenne nationale. L'Essonne est le département de la région qui a la plus faible densité de places en IME avec Paris.

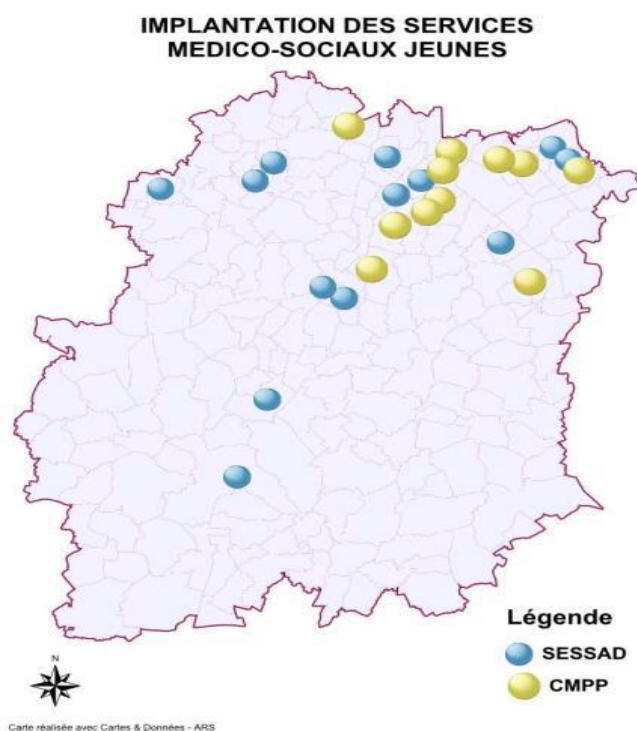
L'Essonne affiche un équipement déficitaire en matière d'accompagnement des Troubles du spectre de l'autisme sur le secteur de l'enfance, notamment concernant les IME.

En 2016, la densité de places en Instituts médico-éducatifs (IME) est inférieure de 7,5% à la moyenne régionale, elle-même nettement inférieure à la moyenne nationale (-24% par rapport à la moyenne nationale en 2015). Sur la période 2012-2015, il y a eu une hausse de 2 IME, soit 15 places supplémentaires.

La densité de places en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) est supérieure de 148% à la moyenne régionale mais légèrement inférieure à la moyenne nationale (en 2015).

Pour les établissements accueillant des enfants et des adolescents polyhandicapés, le taux d'équipement de l'Essonne est de 0,53 lits et places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans contre 0,33 pour la moyenne régionale.

Pour les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), la densité de places est proche de la moyenne régionale et inférieure de 22% à la moyenne nationale. Il existe 30 SESSAD en Essonne, dont 2 SESSAD renforcés pour 902 places installées.



Dépt	SESSAD	IME	Etablissement polyhandicapé	ITEP	Autres
75	2.19	1.98	0.42	0.13	2.28
77	3.40	3.98	0.29	0.33	0.94
78	2.44	3.42	0.40	0.30	0.99
91	2.44	2.84	0.53	0.92	1.06
92	2.41	2.66	0.22	0.08	1.98
93	2.36	3.11	0.23	0.09	0.49
94	1.91	3.84	0.40	0.42	0.43
95	2.16	2.91	0.15	0.91	0.74
Ile-de-France	2.42	3.07	0.33	0.37	1.14

Taux d'équipement septembre 2016 : lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Le département de l'Essonne dispose également à ce jour 12 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP). La densité de structures de type CMPP est supérieure à la densité régionale et nationale (56% de plus que la moyenne régionale et 72% de plus que la moyenne nationale).

On note une baisse de 7 CMPP entre 2012 et 2015 qui s'est vue pour partie compensée en 2018 par la création d'un CMPP à Grigny.

La densité de structures de type centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) est supérieure de 28% à la moyenne régionale, mais inférieure de 45% à la moyenne nationale.

Départements	Densité de structures CMPP - 2015 (pour 100 000 hab. de 0 à 20 ans)	Densité de structures CAMSP - 2015 (pour 100 000 hab. de 0 à 6 ans)
75- Paris	3,2	2,5
77- Seine-et-Marne	1	2,9
78- Yvelines	2,7	2,2
91- Essonne	5	3,2
92- Hauts-de-Seine	2,9	1,9
93- Seine-Saint-Denis	2,6	1,7
94- Val-de-Marne	5,2	3,1
95 Val-d'Oise	3,4	2,4
Ile de France	3,2	2,5
France	2,9	5,9

1.3.2 Offre médico-sociale adulte

Densité pour 100 000 habitants + 20 ans (2017)	Ecart/moyenne régionale	Ecart/moyenne nationale
Places d'hébergement (FAM, MAS, Logements Foyers)	27%	-12%
Places d'accompagnement (ESAT, SAVS, SAMSAH)	-7%	-52%
Densité places d'insertion professionnelle	-1%	-22%

Pour les adultes, les taux d'équipement³⁵ sont supérieurs aux taux d'équipement de la région pour les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT), les Maisons d'accueil spécialisé (MAS), les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les foyers de vie, mais ils sont inférieurs pour les foyers d'hébergement, les Foyers d'accueil médicalisé (FAM), les Services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH).

— Equipements adultes handicapés (2016)

Dpt	ESAT	Foyer de vie	Foyer hébergement	FAM	MAS	SAVS	SAMSAH
75	2.05	0.37	0.48	0.49	0.33	0.44	0.23
77	2.55	0.82	0.85	1.01	0.79	0.16	0.48
78	2.73	0.81	1.04	1.40	0.62	0.66	0.06
91	2.52	1.10	0.52	0.44	1.07	0.58	0.02
92	2.39	0.76	0.53	0.45	0.34	0.53	0.12
93	2.47	0.66	0.38	0.46	0.58	0.10	0.33
94	2.86	0.22	0.52	0.58	0.69	0.53	0.29
95	2.73	0.56	0.46	0.79	0.71	0.56	0.26
IDF	2.49	0.63	0.58	0.68	0.60	0.44	0.23

Taux d'équipement septembre 2016 : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans



39

1.4 Travail

Il faut distinguer les personnes handicapées pouvant exercer un travail dans le milieu ordinaire de ceux relevant du milieu protégé, en fonction du degré d'autonomie de la personne.

³⁵ Taux d'équipement : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans (Sept. 2016)

La densité de places d’insertion professionnelle pour personne handicapée est légèrement inférieure à la moyenne régionale dans une moindre mesure³⁶ et très inférieure à la moyenne nationale (-22%).

Insertion de travail en milieu ordinaire

Entreprise adaptée

L'entreprise adaptée est une entreprise en milieu ordinaire employant majoritairement des travailleurs handicapés. Elle permet à tout travailleur handicapé d'exercer une activité salariée dans des conditions adaptées à leurs possibilités. L’association ANRH dispose de 2 entreprises adaptées sur le territoire de l’Essonne :

- Entreprise adaptée ANR services à Corbeil-Essonnes de 88 places qui accueille des personnes handicapées de tous types de déficiences
- Entreprise adaptée ANR services à Étampes de 35 places accueillant des personnes de tous types de déficiences.

Structure de l’insertion par l’activité économique (IAE)

Il existe 4 types de structures d’insertion par l’activité économique :

	MISE A DISPOSITION DE PERSONNEL		PRODUCTION DE BIENS ET DE SERVICES	
Type de SIAE	Association Intermédiaire (AI)	Entreprise de travail Temporaire d’Insertion (ETTI)	Atelier et Chantier d’Insertion (ACI)	Entreprise d’Insertion (EI)
Type de parcours d’insertion	L’activité professionnelle reste un support d’insertion	Projet professionnel confirmé	L’activité professionnelle reste un support d’insertion	Projet professionnel confirmé
Activité Economique Support	Mise à disposition auprès d’utilisateurs (particuliers, associations, collectivités, entreprises) pour des missions ponctuelles ou régulières	Mise à disposition de personnel en entreprise selon la réglementation du travail temporaire	Activités d’utilité sociale couplées à des activités de production de biens et de services	Production de biens et de services marchands en vue de leur commercialisation

³⁶ (186.5 contre 188.4)

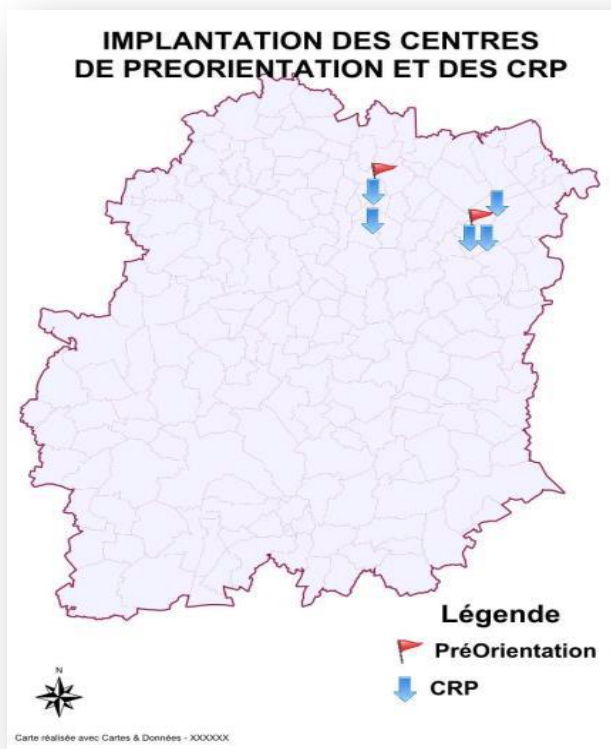
Le département de l'Essonne dispose de :

- 8 associations intermédiaires
- 2 entreprises de travail temporaire d'insertion.
- 16 ateliers et chantiers d'insertion
- 12 entreprises d'insertion

Il existe un réseau départemental d'acteurs de l'insertion par l'Activité Économique (IAE), Act'ESSonne, qui a pour objectif d'animer et de faire connaître les structures de l'IAE en Essonne.

Centres de préorientation et Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)

Le degré de handicap permet une insertion travail ordinaire, moyennant un accompagnement. Sur le département de l'Essonne, 5 centres de rééducation professionnelle et 2 centres de préorientation sont recensés.

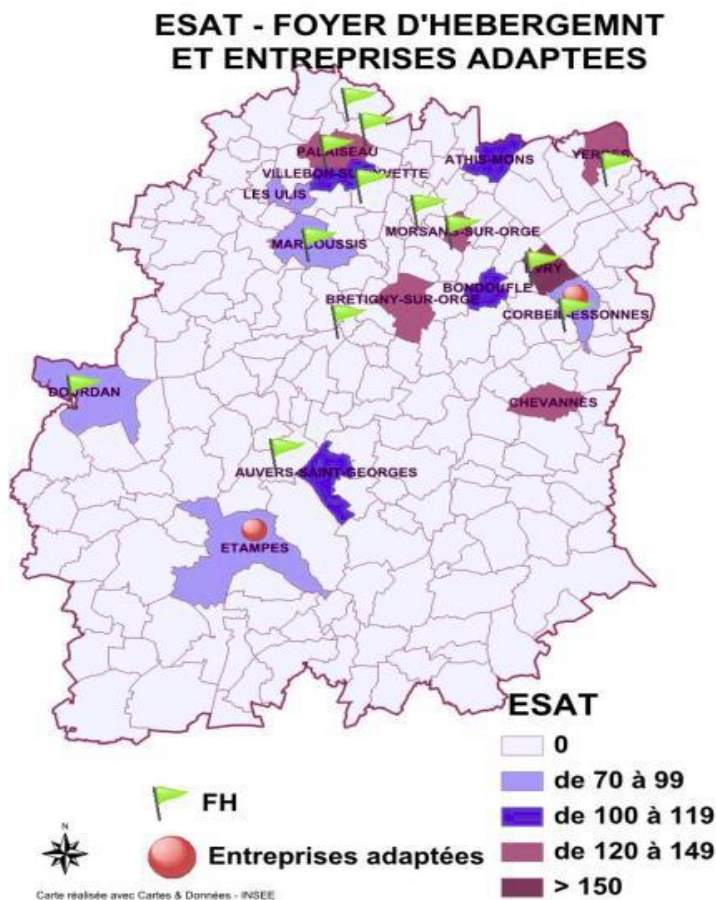


Travail en milieu protégé

Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)

Ces établissements permettent une insertion travail avec un degré d'autonomie équivalent à 1/3 d'une capacité dite ordinaire. Le territoire de l'Essonne dispose de :

- 16 ESAT
- 1 Unité d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation (UEROS)



1.5 Offres de logement / Hébergement

Les chiffres indiquent une densité de logement accompagné en Essonne près de deux fois inférieure à la moyenne nationale (11,9 en Essonne en 2014 contre 22 en France et 19, 2 en Ile-de-France).

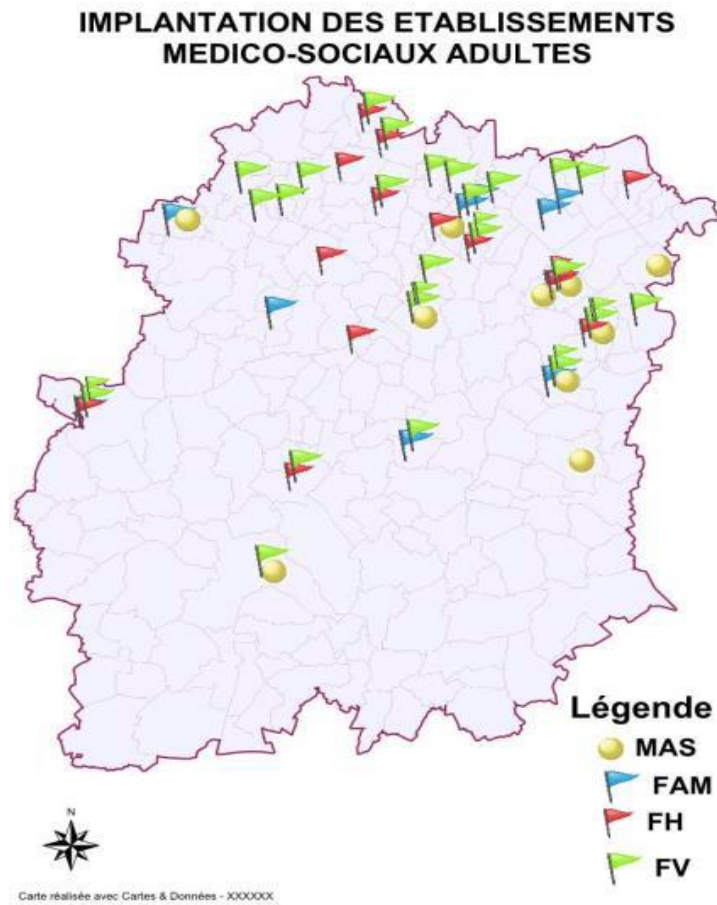
[Foyers de Vie \(FOV\) / Foyers d'Accueil Médicalisé \(FAM\) / Maisons d'Accueil Spécialisé \(MAS\)](#)

Le territoire dispose de :

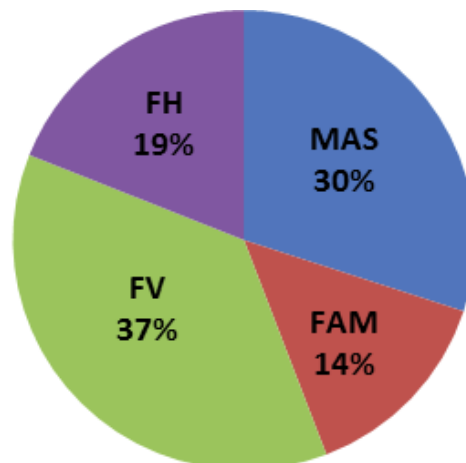
- 31 Foyers de Vie (FOV) pour un total de 853 places
- 10 Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) pour un total de 328 places
- 14 Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) pour un total de 695 places
- 15 Foyers d'Hébergement (FH) pour un total de 453 places

Le foyer d'hébergement est une structure d'accueil collectif ayant pour objectif de placer la personne handicapée dans une dynamique d'insertion sociale. Souvent annexés à des établissements ou services d'aide par le travail (ESAT), ces foyers viennent en complément des actions engagées pour la réinsertion professionnelle, que cela soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé.

L'installation des Foyers d'Hébergement (FH) reste inférieure au nombre de places d'ESAT, indiquant qu'une proportion de personnes inscrites en ESAT vit à domicile.



L'offre est répartie sur le territoire selon les taux suivants :



Plus spécifiquement, le département de l'Essonne dispose de 2 foyers d'hébergement gérés par l'ALVE, de 3 FAM et de 2 MAS spécialisées dans l'accueil de personnes relevant d'un handicap psychique : la MAS départementale « Le Ponant » de l'EPS Barthélemy Durand située à Étampes

(capacité de 60 places) et la MAS Dassault à Corbeil-Essonnes, qui accueille des personnes de plus de 50 ans avec un handicap psychique.

Foyer de postcure

Le foyer de postcure est un hébergement thérapeutique, proposant une prise en charge médicale, ainsi qu'un soutien éducatif et psychologique. Cet hébergement est temporaire et permet un accompagnement progressif vers l'autonomie. L'EPS Barthélemy Durand dispose de 2 foyers de post-cure situés à Étampes (Les Bouleaux) et à Sainte-Geneviève-des-Bois et le CHSF dispose d'une unité post-cure située à Yerres.

1.6 Autres offres d'accompagnement et de suivi en milieu ordinaire³⁷

Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Les GEM sont des associations d'usagers qui ont pour objectif premier la création de liens sociaux et la lutte contre l'isolement des personnes affectées par un handicap psychique lié en général à une maladie psychiatrique mais pas seulement : certains GEM se sont créés pour accueillir des personnes souffrant de lésions cérébrales. Le territoire de l'Essonne dispose de 5 groupes d'entraide mutuelle :

- GEM La Bonne Étoile à Évry parrainé par l'ALVE
- GEM Rencontre et Partage à Étampes parrainé par l'ALVE
- GEM L'Entracte à Palaiseau
- GEM Copains d'abord à Sainte-Geneviève-des-Bois parrainé par l'ALVE
- Le Café Curieux à Morsang-sur-Orge

Département	Nombre de Groupes d'entraide mutuelle
Paris	14
Seine-et-Marne	5
Yvelines	7
Essonne	5
Hauts-de-Seine	8
Seine-Saint-Denis	5
Val-de-Marne	6
Val-d'Oise	4
Ile de France	54

³⁷ Données issues de l'annuaire de l'action sociale

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Le SAVS permet à des adultes handicapés psychiques de vivre en milieu ordinaire. Ce service leur propose une aide pour les tâches quotidiennes et des activités diverses pour sortir de leur isolement. Le territoire de l'Essonne dispose de 13 SAVS.³⁸. En 2017, la densité de places installées en SAVS dans l'Essonne est supérieure de 38 % à la moyenne régionale, mais nettement inférieure à la densité nationale (-42%).

Département	Densité de places installées en établissements et services médico-sociaux - en SAVS - 2017 (pour 100 000 hab. (20+))
Paris	32,9
Seine-et-Marne	5,1
Yvelines	48,5
Essonne	45,8
Hauts-de-Seine	32,3
Seine-Saint-Denis	12,7
Val-de-Marne	40,6
Val-d'Oise	52,1
Ile de France	33,1
France	79,2

Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

Les SAMSAH permettent à des personnes handicapées de vivre en milieu ordinaire. Ils proposent une aide pour les tâches et les actes essentiels de la vie quotidienne (ménage, entretien du linge, préparation des repas, courses, et éventuellement l'aide à la toilette sont assurés par des professionnels qualifiés telles que les auxiliaires de vie) et des activités sociales diverses pour sortir de leur isolement.

Il n'existe qu'un seul SAMSAH sur le territoire de l'Essonne. Il est détenu par l'association des paralysés de France (APF) et ne s'adresse pas aux personnes souffrant de handicap psychique. C'est le plus bas taux d'équipement en la matière en Ile-de-France.

³⁸ SAVS d'Arpajon (association AAPISE), SAVS Chavy de Brunoy (association Altérité), SAVS de Dourdan (Inter Association Dourdan Essonne Sud), SAVS d'Etréchy (EPNAK), SAVS de Juvisy-sur-Orge (association lieux de vie essonnien – Alve) SAVS de Saint-Michel-sur-Orge (association CDSEA), SAVS d'Orsay (Fondation des Amis de l'Atelier), SAVS A2L à Palaiseau (association Altérité), SAVS de Palaiseau (association lieux de vie essonnien – Alve), SAVS « Du côté de chez moi » de Marcoussis (Fondation des Amis de l'Atelier), SAVS « Résidence soleil » de Massy (association ADAPEI 91), SAVS d'Évry (association APF France handicap), SAVS d'Évry (Fondation Léopold Bellan)

Autres structures d'accompagnement

Le CAFS fédère et assure un suivi et un soutien aux familles d'accueil. Il a pour objectif de mettre à la disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur entourage. L'association OLGA SPITZER dispose d'un CAFS à Corbeil-Essonnes de 30 places à destination des jeunes et adolescents qui souffrent de trouble du caractère et du comportement.

Les Maisons Départementales des Solidarités, quant à elles, sont des lieux pluridisciplinaires, ouverts à tous, qui proposent un accueil gratuit et adapté à chaque situation pour faire face aux difficultés rencontrées et qui regroupent assistantes sociales, éducateurs, médecins, puéricultrices, sages-femmes... Le territoire de l'Essonne dispose de 17 maisons départementales des solidarités.

1.7 Protection des majeurs

« Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique » (art.425 du Code Civil, loi du 5 mars 2007, protection des majeurs).

La préfecture de l'Essonne arrête une liste des personnes morales ou physiques habilitées pour être désignées en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

Personnes morales gestionnaires de services :

- Association Juridique Protection Conseil (AJPC) (Palaiseau)
- Association Tutélaire de l'Essonne (ATE) (Évry)
- Union Départementale des Associations Familiales de l'Essonne (UDAF) (Évry)
- LA SOURCE 91 « service d'aide à la personne » (Arpajon.)

Personnes physiques et services préposés d'établissement :

- Groupe Hospitalier Nord Essonne (Orsay), Centre Hospitalier Sud-Francilien, EPS Barthélemy Durand
- Mais aussi Centre Hospitalier d'Arpajon, Centre Hospitalier Joffre Dupuytren, Centre Hospitalier George Clémenceau (Champcueil), Service Public du Grand Age (SEGA) pour l'EHPAD de Morangis, EHPAD File Etoupe (Montlhéry), du Domaine de Charaintru (Savigny-sur-Orge), de la Pie Voleuse (Palaiseau), Léon Maugé (Verrières le Buisson)

25 personnes sont habilitées à exercer à titre individuel sur le département de l'Essonne.

1.8 Addictologie

Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction.

En Essonne, trois associations gèrent des CSAPA agréées par l'ARS :

- L'association RESSOURCES possède un CSAPA généraliste à Athis-Mons et des consultations jeune consommateurs (CJC) à Athis-Mons, à Juvisy, Grigny et Saint-Michel-sur-Orge
- L'association OPPELIA dispose d'un CSAPA et de CJC organisés sur 3 services situés à Étampes, Évry et Massy-Palaiseau. Il dispose de 6 places individuelles en appartement thérapeutique à Évry.
- L'association ANPAA39 dispose d'un CSAPA à Évry et d'une CJC spécialisée (alcool, cannabis, tabac, jeux).

En plus des CSAPA associatifs, il existe des CSAPA hospitaliers qui assurent également une prise en charge médico-psycho-sociale des personnes ayant des problématiques addictives :

L'EPS Barthélemy Durand dispose d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) toutes addictions à Arpajon et de plusieurs antennes de consultations jeunes consommateurs (Arpajon, Brétigny, Limours, Fontenay-les-Briis, Ollainville), en lien notamment avec l'Education nationale. De plus, l'EPS Barthélemy Durand est doté d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui permet de prendre en charge les problématiques d'addiction des patients hospitalisés au sein de l'établissement et propose des consultations spécialisées d'addictologie à Étampes et Sainte-Geneviève-des-Bois. Il propose un atelier d'éducation thérapeutique en addictologie pour les patients schizophrènes et bipolaires.

Le GHNE dispose sur le site d'Orsay d'un CSAPA et d'une ELSA et de consultations d'addictologie (tabac, alcool) sur les sites d'Orsay et Longjumeau.

Le CHSF dispose d'un CSAPA au sein du centre pénitencier de Fleury-Mérogis. Il possède également une équipe de liaison et de soins en addictologie (tabac et alcool) assurant une activité de liaison dans les services de psychiatrie et d'urgences psychiatriques du CHSF. Des consultations d'addictologie sont ouvertes aux patients suivis en psychiatrie.

Un CSAPA spécialisé en alcoologie est présent sur le site d'Étampes du CH Sud Essonne. Le CH d'Arpajon dispose d'une équipe de liaison en addictologie.

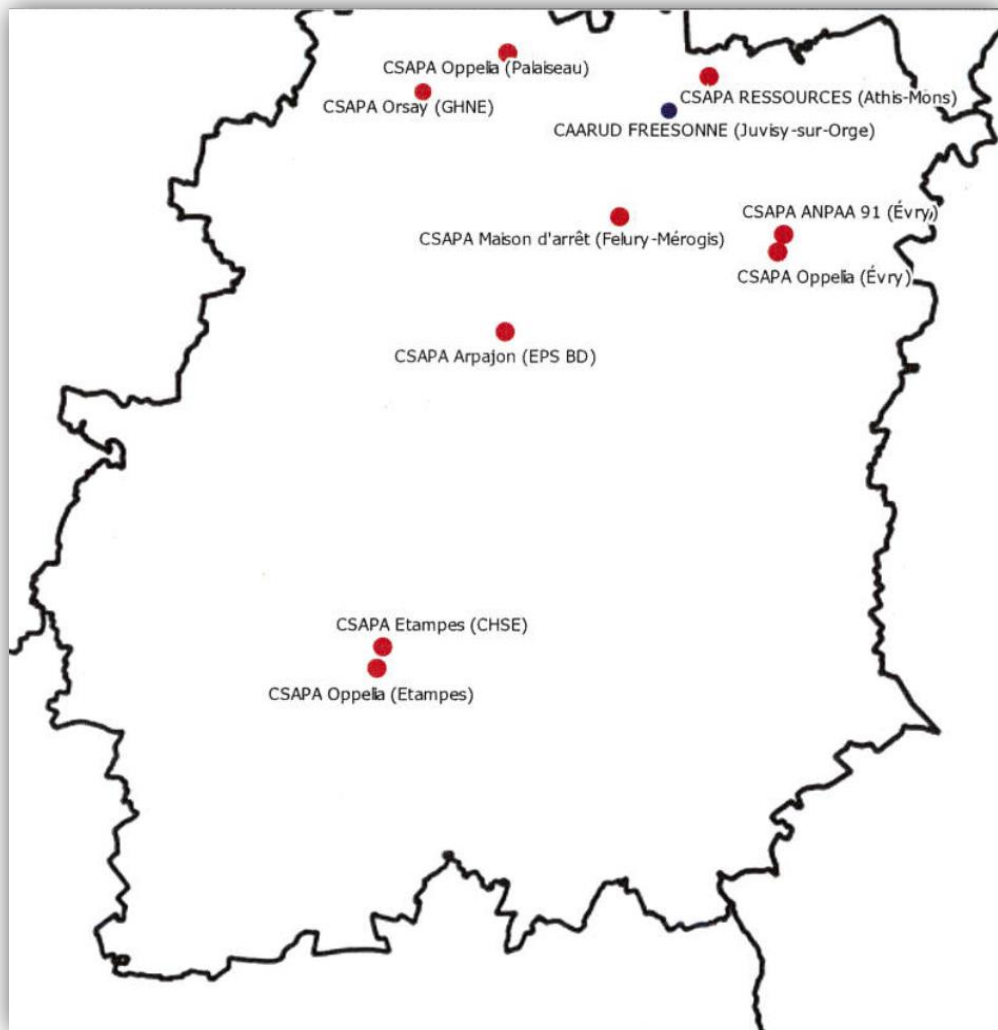
³⁹ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

Le CH de Bligny dispose d'une ELSA pour l'ensemble des services de l'hôpital et propose des consultations externes d'addictologie en alcoologie. Le Centre Hospitalier Frédéric Henri Manhès, quant à lui, dispose d'un service de soins de suite et de réadaptation pour les conduites addictives (alcool) et d'un programme d'ETP autorisé pour le post sevrage des adultes pour dépendance à l'alcool.

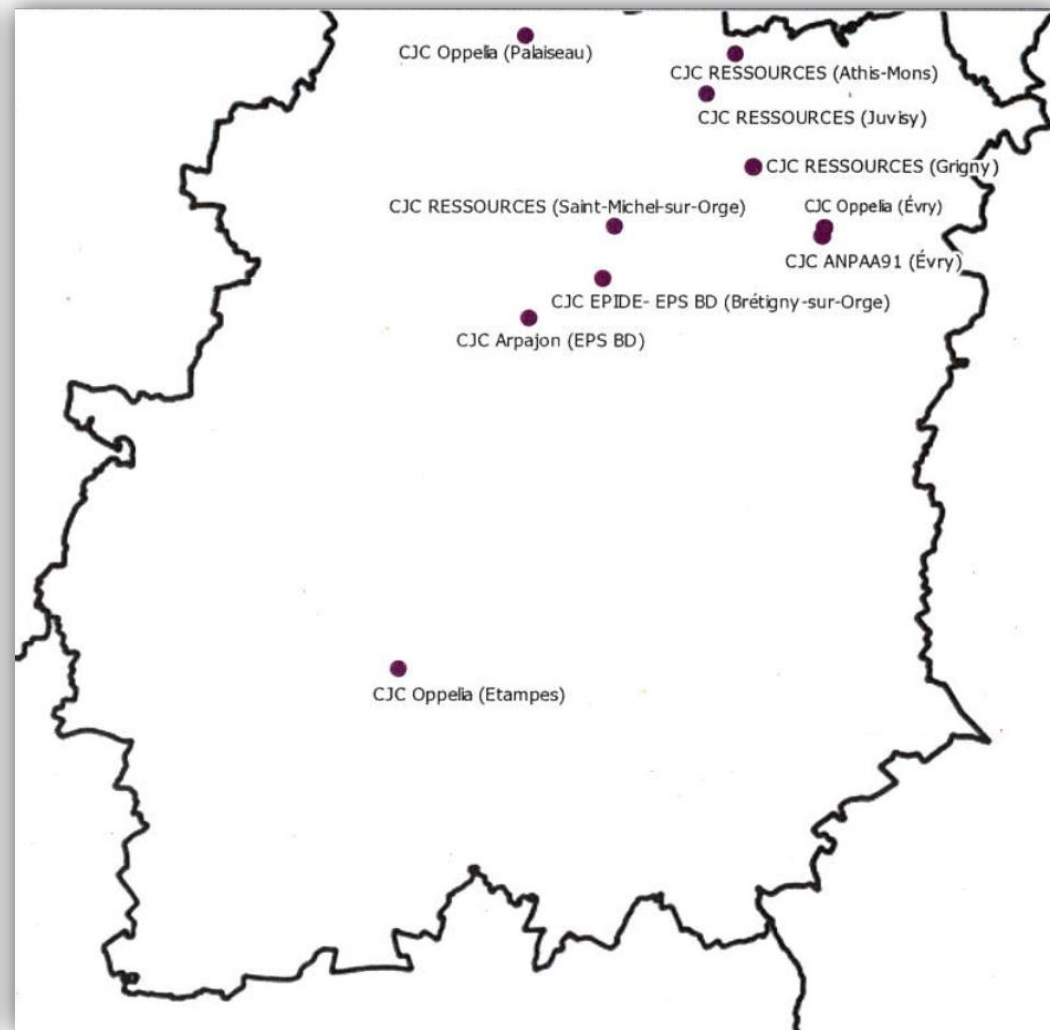
La clinique du château de Villebouzin (Longpont), dispose d'un programme d'ETP autorisé pour les patients psychiatriques ayant une dépendance à l'alcool.

Le Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins, ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. L'accueil est anonyme et gratuit.

Le CAARUD FREESSONNE est le seul centre du département de l'Essonne. Il est situé à Juvisy-sur-Orge et Athis et détenu par l'association OPPELIA.



CSAPA et CAARUD en Essonne



Consultations jeunes consommateurs (CJC) en Essonne

1.9 Offre de soins à destination des personnes en situation de précarité et des exilés

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)

L'EPS Barthélemy Durand dispose d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) psychiatrique pour les personnes en situation de précarité sociale, en plus de son équipe mobile départementale DIAPSY. Le CHSF et le GHNE (site Orsay) disposent d'une PASS généraliste bénéficiant aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)

Le CHRS a pour vocation d'accueillir des personnes rencontrant des difficultés économiques, de santé ou d'insertion, afin de les aider à accéder ou à retrouver leur autonomie personnelle et sociale. Il s'agit notamment de victimes de violence, de personnes confrontées à l'alcoolisme et aux toxicomanies ou de personnes sortants de prison. L'hébergement reste temporaire, le temps de développer des alternatives à ces situations, avec l'aide des travailleurs sociaux. Il existe 10 centres d'hébergement et de réinsertion sociale en Essonne.

Maison relais / Résidence accueil

La maison relais assure l'accueil de personnes à faible niveau de ressources et isolées, dont la situation sociale, psychologique ou psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Il est important de rappeler que la maison relais ne s'inscrit pas dans une logique de logement temporaire mais d'habitat durable, sans limitation de durée, et offrant un cadre semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Le département de l'Essonne comptabilise 9 maisons relais et 20 résidences sociales.

Réfugiés

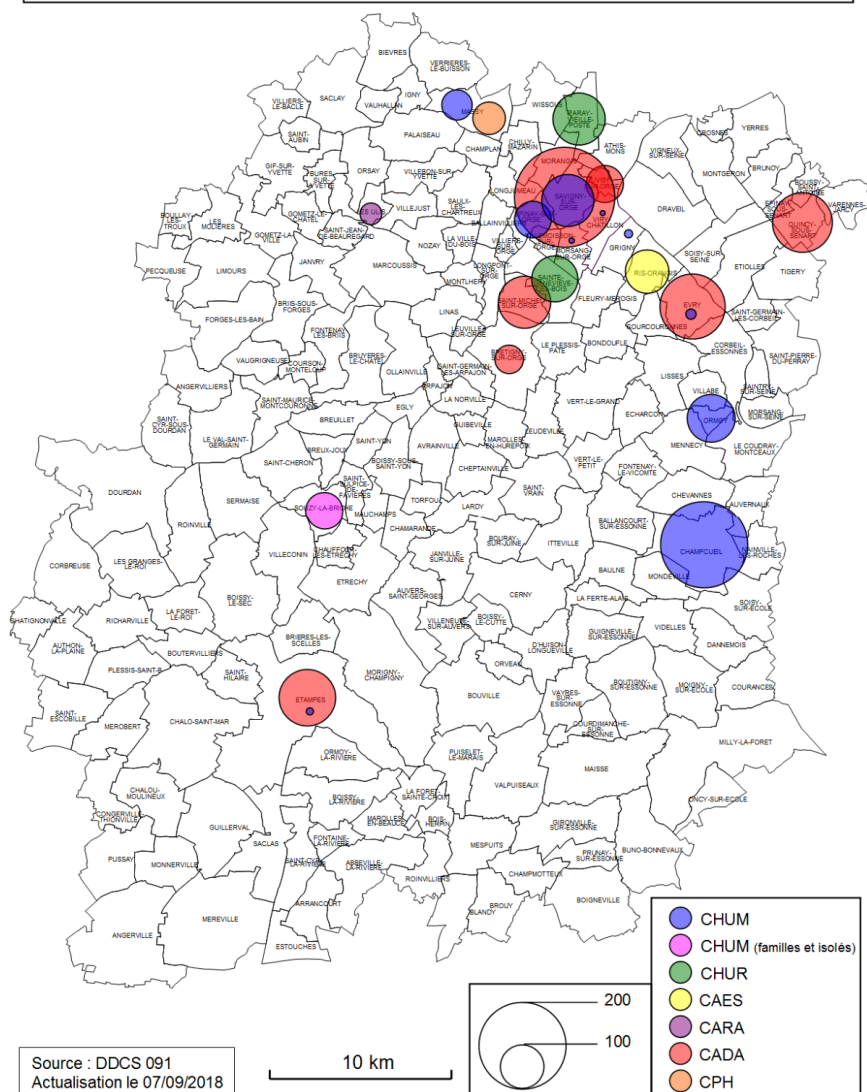
Différentes structures sont plus spécifiquement chargées de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des réfugiés. Au total, le département dispose de 2330 places d'hébergement.

- Réfugié(e)s : 341 places en CPH et CHUR
- Demandeur/ses d'asile : 1 062 places en CADA, ATSA, HUDA
- Autres (évacués, dublinés, déboutés) : 927 places en CHUM, CARA, CAES

En plus de ces différentes structures, des associations œuvrent auprès des migrants (La source à Grigny, Voisins malins...)

Concernant les soins, il est possible de s'appuyer sur des offres en lien avec la clinique de l'exil : EMDR, psychotraumatisme et psychiatrie transculturelle.

Les dispositifs d'hébergement de l'asile et de l'intégration en Essonne



2. Consommation de soins psychiatriques des essonnien

Il convient de mettre en regard l'offre en santé mentale en Essonne présentée ci-dessus, et la consommation en soins psychiatriques sur le département. Rappelons que les maladies psychiatriques représentaient 10% des dépenses d'Assurance Maladie en 2015 en France.

2.1. Recours aux soins hospitaliers en matière de psychiatrie et santé mentale

Les données de « consommation » de soins psychiatriques sur le territoire correspondent aux patients résidant au sein d'un secteur dont la responsabilité est dévolue à un établissement de l'Essonne. Il ne s'agit pas ici de la production de soins des établissements de l'Essonne mais bien de la consommation sur le territoire de l'Essonne.

La consommation de soins peut être mesurée selon plusieurs axes, notamment par la file active globale de l'Essonne, qui correspond au nombre de patients provenant des secteurs, dont les

établissements de l'Essonne ont la responsabilité. Le taux de recours est la consommation de soins pour 10 000 habitants du territoire.

Ces données sont à mettre en regard avec la faiblesse de la démographie médicale des psychiatres en Essonne. Les taux de recours bruts sont en effet globalement corrélés à l'implantation des psychiatres. Or, selon l'Atlas de la Santé Mentale, le département dispose de 20,1 psychiatres pour 100 000 habitants, tous modes d'exercice confondus, offre qui est très inférieure à l'offre régionale (-45%) et nationale (-13%).

Concernant la file active globale en 2015⁴⁰, le recours en soins psychiatriques en Essonne est nettement inférieur à la moyenne régionale : le taux de recours chez les adultes (185,9 patients pour 10 000 habitants) est inférieur de 18% à la moyenne régionale (226) et inférieur de 30% en infanto-juvénile (47,6 pour 10 000 habitants en Essonne contre 68,2 patients au niveau régional). Un constat similaire se retrouve pour les journées d'hospitalisation temps plein et temps partiel, ainsi que pour les actes ambulatoires.

Alors que le taux de recours brut global est faible en Essonne, la situation est encore plus défavorable pour les moins de 20 ans et les plus de 70 ans. Le taux de recours à la psychiatrie en ville dans l'Essonne marque un avantage pour les secteurs du Nord (taux de recours 2016 de 181 pour les secteurs de l'EPS Barthélemy Durand, 232 pour les secteurs du GHNE, 255 pour ceux du CHSF).

En 2016, concernant les journées d'hospitalisation temps plein, la durée moyenne d'hospitalisation complète est moins importante en Essonne (52 contre 55 en Ile-de-France) et le département de l'Essonne comptabilise un taux de fuite de 20%.

Si nous nous intéressons plus spécifiquement au recours aux soins en établissements de santé selon les pathologies psychiatriques, ils sont deux fois moins élevés que la moyenne régionale (pour les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, l'addiction, les troubles mentaux, déficiences et TED) et jusqu'à trois fois moins élevés que la moyenne nationale.

⁴⁰ Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS) /DOS/Pôle ES/Stratégie territoriale des établissements de santé (Oct. 2016)

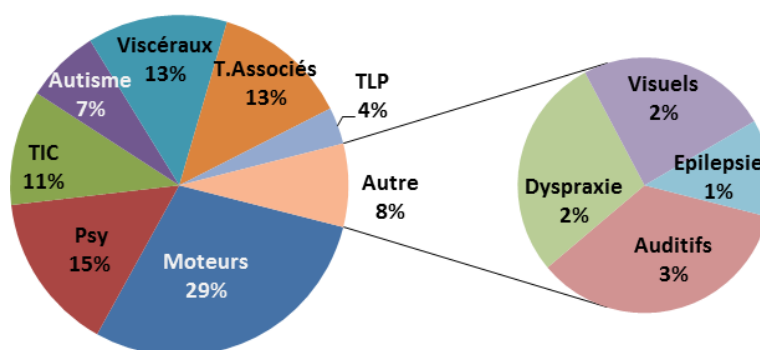
Départements	Taux de recours en établissement pour troubles de l'humeur - global en établissement (complet, partiel, ambulatoire) - 2015 (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	Taux de recours en établissement pour addiction - global en établissement (complet, partiel, ambulatoire) - 2015 (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	Taux de recours en établissement pour troubles psychotiques - global en établissement (complet, partiel, ambulatoire) - 2015 (patients pour 1000 hab.)	Taux de recours en établissement pour troubles mentaux, déficiences et TED - global en établissement (complet, partiel, ambulatoire) - 2015 (patients pour 1000 hab.)
Paris	11,3	3,2	14,3	1
Seine-et-Mame	10,2	2	7,6	1
Yvelines	9,1	2	7,4	0,8
Essonne	4,1	1	4,7	0,5
Hauts-de-Seine	9,4	2,6	9,6	1
Seine-Saint-Denis	5,9	1,2	6,2	0,5
Val-de-Mame	11,2	2	11	1,2
Val-d'Oise	6,5	1,2	6,6	0,6
Ile de France	8,8	2	9	0,9
France	11,7	3,2	8,7	1,2

La consommation de médicaments en lien avec des pathologies psychiatriques est de manière générale moins importante en Essonne qu'au niveau régional et national.

Départements	Taux d'adultes consommant des antidépresseurs - 2015 (pour 1000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans))	Taux d'adultes consommant des anxiolytiques - 2015 (pour 1000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans))	Taux d'adultes consommant des hypnotiques - 2015 (pour 1000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans))	Taux de personnes consommant des neuroleptiques - 2015 (pour 1000 bénéficiaires RG et SLM (18-64 ans))
Paris	65,6	52,7	26,8	16,7
Seine-et-Mame	54,8	50,9	25,3	12,5
Yvelines	57,8	48,9	23,3	12,4
Essonne	52,7	49,2	23,9	12,4
Hauts-de-Seine	58,2	48,8	22,9	13,6
Seine-Saint-Denis	43,1	46,7	22,7	12,6
Val-de-Mame	54,8	49	23,6	13,3
Val-d'Oise	47,3	48,9	23,5	12,2
Ile de France	55	49,5	24,1	13,4
France	63,9	66,3	33,9	16,4

2.2 Handicap psychique

En Essonne, les personnes en situation d'handicap d'origine psychique représentent un pourcentage important des personnes détenant une reconnaissance administrative du handicap (voir graphique ci-dessous). 15% des personnes en situation d'handicap souffrent de troubles psychiques et 7% sont atteints d'autisme.



Troisième partie : Diagnostic territorial partagé en santé mentale de l'Essonne, qualitatif et thématique

Dans le cadre de la rédaction du diagnostic territorial en santé mentale, les membres de la commission spécialisée en santé mentale (CSSM) du Conseil territorial de santé (CTS), réunie le 15 février 2018, ont été invités à donner leur point de vue sur l'offre en santé mentale du territoire. A partir des 6 priorités fixées par le décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM, un premier tour d'horizon des forces et des faiblesses départementales en matière de santé mentale a ainsi été réalisé par la CSSM.

L'une des caractéristiques favorables du département de l'Essonne tient au dynamisme, à la richesse et à la multiplicité des acteurs engagés dans le territoire. Leur mobilisation, leur optimisme, leur ouverture et leur réelle volonté de travailler ensemble leur permettent de porter de multiples initiatives et d'être à l'origine d'innovations issues du terrain.

Le département propose une diversité d'offre de soins en psychiatrie, et dispose d'un important hôpital spécialisé en psychiatrie. L'action des Groupes d'Entraide Mutuelle est également soulignée.

Il existe des offres dédiées à des publics spécifiques (personnes âgées, précarité, crise suicidaire, adolescents...), y compris sous forme d'équipe mobile. L'offre pour les adolescents s'est développée (MDA départementale, PAEJ, comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et la sexualité très dynamique, unique en Ile-de-France).

Par ailleurs, la CSSM relève que de nouveaux dispositifs départementaux assurent l'accès aux soins pour les personnes handicapées, pour limiter les cas de personnes « sans solution » :

- Réponse accompagnée pour tous (RAPT) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est un dispositif qui donne le droit à l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG) pour les individus en situation de handicap ;
- EMA 91 est une équipe mobile qui accompagne les enfants et adultes handicapés pour une orientation adaptée.

Concernant l'urgence et la crise en psychiatrie, les médecins généralistes sont organisés en une fédération d'amicale (appelée « FAME »), afin d'organiser la permanence des soins en ville, les week-ends et jours fériés. De plus, le département dispose de cellules d'alerte (dispositif municipal en partenariat avec la Ville, la Police Municipale, les hôpitaux, les CMP, DIAPSY, le secteur social) et d'un centre 15 qui s'occupe de la régulation médicale opérationnelle.

Une coordination pour la prise en charge du handicap psychique est organisée sur le département (DIH). Les associations de familles et des usagers sont particulièrement investies dans l'Essonne et la démocratie sanitaire est vivace. Il existe des structures d'articulation entre les acteurs (Conseils Locaux de Santé Mentale - en nombre toutefois insuffisants - Conseils Locaux de Santé, Projet Médical Partagé inter-GHT en psychiatrie pour les hôpitaux publics...) et des partenariats en construction via le conseil territorial de santé (CTS) et la CSSM.

Par contre, l'articulation, la coordination et les partenariats entre les acteurs sont parfois insuffisants. Les liens et la communication des hôpitaux et établissements médico-sociaux avec les médecins traitants devraient être améliorés de manière importante. Enfin, la connaissance réciproque entre les acteurs de la santé mentale dans l'Essonne reste à parfaire, l'absence de répertoire des offres disponibles étant handicapante.

La CSSM a mis en avant d'autres problématiques majeures concernant la prise en charge en santé mentale dans l'Essonne :

Les membres de la CSSM ont tout d'abord souligné la problématique criante de la démographie médicale dans le département, déjà relevée dans la partie 2. En effet, le territoire fait face à un manque de psychiatres, de pédopsychiatres, d'orthophonistes et d'autres professionnels de santé (médecins généralistes, pédiatres...), auquel s'ajoute le non remboursement des psychothérapies et des consultations de psychologues (réglementation CPAM).

Cette problématique engendre des difficultés d'accès aux soins avec des délais trop longs de rendez-vous et de prise en charge dans certaines structures sanitaires et médico-sociales (CMP, CMPP, CAMSP). Ces difficultés d'accès aux soins s'expliquent également par le manque de structures (IME...) et de places adaptées aux besoins de la population, pour la prise en charge des Troubles du Spectre Autistique (TSA) et des Troubles Neuro-Développementaux (TND) notamment, obligeant à des prises en charge en Belgique (problème national).

Un manque de moyens est également déploré pour les diagnostics et prises en charge précoces pour les troubles du spectre de l'autisme dans le département.

Une autre problématique flagrante du département concerne plus largement le diagnostic et la prise en charge précoce de la maladie mentale. L'Essonne apparaît défavorisée en structures de diagnostic précoce dans le domaine de la psychiatrie et santé mentale, entraînant des prises en charge retardées et / ou inadéquates, impactant la santé des essonniens. La variabilité des compétences selon les structures et le manque de cohérence des prises en charge entre structures sont relevés, les outils validés recommandés devant être appliqués pour effectuer des bilans pour les enfants.

Est également souligné le manque de compétences spécialisées ou d'offres identifiées sur le territoire pour les prises en charge des troubles du lien mère-enfant. En outre, la prévention en santé

mentale apparaît insuffisante et il est mis en avant un manque de moyens pour la prévention individuelle en petite enfance (PMI...).

La CSSM a souligné que des difficultés subsistent pour la prise en charge des urgences, avec des manques territoriaux importants : En effet, l'équipe mobile de crise et de liaison (UCLI) du GHNE n'intervient que sur 3 secteurs (regroupant 16 communes du département), et les cellules d'alerte ne couvrent pas tout le département.

La CSSM a aussi relevé la complexité à prendre en charge des patients souffrant de problèmes mixtes (psychiatrique / handicap, sociaux et médicaux...). Des difficultés ont également été constatées dans l'accueil et la protection des mineurs isolés et dans la gestion des comorbidités addictives pour les patients souffrant de maladie psychiatrique. La prise en charge somatique des patients psychiatriques apparaît satisfaisante.

L'offre de rétablissement et d'insertion (éducation thérapeutique, remédiation cognitive) se développe dans le département et mériterait d'être confortée. Par contre, la CSSM a souligné le manque de services adaptés à domicile, l'insuffisance d'offres d'hébergement pour les personnes avec troubles psychiques et de logements accompagnés (résidences accueil...), et les difficultés pour aider les patients à retrouver un emploi.

Cette réflexion de la CSSM est synthétisée dans la matrice forces/faiblesses ci-dessous :

FORCES	FAIBLESSES
<p>Dynamisme et richesse des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiplicité des acteurs • Acteurs soucieux de la prise en charge de la souffrance • Acteurs mobilisables / mobilisés (y compris les acteurs associatifs et bénévoles), optimisme des acteurs • Innovations issues des acteurs dans l'Essonne <p>Accès aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux dispositifs départementaux pour limiter les cas de personnes « sans solution » <ul style="list-style-type: none"> -Mise en place de la réponse accompagnée pour tous (RAPT) par la MDPH (enfants et adultes) -EMA 91 (accompagnement des personnes handicapées sans solution) 	<p>Démographie des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démographie médicale des psychiatres (psychiatres et notamment pédopsychiatres), limitant leur présence en CMP • Démographie des autres professionnels de santé (orthophonistes, généralistes, autres professionnels libéraux) <p>Accès aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délai de RV en CMP et pour les psychothérapies • Délai de RV et de prise en charge en CMPP et CAMSP • Difficultés liées à l'absence de prise en charge psychologue/psychiatre <p>Diagnostic et prise en charge précoces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de la prévention en santé

<p>Offres et structures de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diversité de l'offre de soins • Existence d'un important hôpital spécialisé en psychiatrie • Offres existantes sur des publics ciblés (personnes âgées, précarité, unités de crise, adolescents, ...), y compris mobiles • Offres à destination des adolescents <ul style="list-style-type: none"> - Existence d'une MDA et de PAEJ à consolider - Comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et à la sexualité dans l'Essonne : seul département à avoir ce dispositif • Existence de GEM <p>Coordination des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité à travailler ensemble et à partager les expériences • Existence de structures d'articulation entre les acteurs (CLS/CLSM, réseaux, PMP Inter-GHT pour les hôpitaux...) • Partenariats en construction via le CTS et la CSSM • Démocratie sanitaire dynamique • Coopération avec les familles et les usagers très active • Coordination autour de la prise en charge des TSA (DI-TSA 91) 	<p>mentale, Manque de moyens pour la prévention individuelle en petite enfance (PMI...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de compétence spécialisée ou d'offres identifiées sur le territoire pour les prises en charge des troubles du lien mère-enfant • Un département défavorisé en structures de diagnostic précoce, entraînant des prises en charge retardées et/ou inadéquates (accès et pertinence des prises en charge) • Variabilité des compétences selon les structures (outils actualisés recommandés) pour les bilans pour les enfants et manque de cohérence des prises en charge • Manque de moyens pour les diagnostics et prises en charge précoces pour les TSA <p>Offres et structures de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'établissements adaptés (IME, CAMSP ...) • Prise en charge des troubles autistiques très difficile (manque de places, accueil en Belgique -problème national...) <p>Coordination des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liens et communication des hôpitaux et des Etablissements Médico Sociaux avec la médecine de ville, notamment les médecins généralistes • Connaissance réciproque des acteurs à parfaire, absence de répertoire des offres disponibles • Articulation, coordination et partenariats entre les acteurs parfois insuffisants (réseaux...) • Nombre de CLSM insuffisant
---	---

<p>Prévention et gestion de l'urgence et la crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins généralistes structurés sous forme d'une amicale dans l'Essonne, très fonctionnelle sur les urgences (FAME) • Régulation médicale opérationnelle pour les crises (Centre 15) • Cellules d'alerte dans trois villes de l'Essonne <p>Co-morbidités et facteurs aggravants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge somatique et psychiatrique <p>Insertion et rétablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Education thérapeutique • Remédiation cognitive 	<p>Prévention et gestion de l'urgence et la crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des urgences, Manque d'équipes mobiles • Manque de cellule d'urgence sur une partie du territoire <p>Co-morbidités et facteurs aggravants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des comorbidités psychiatriques et addictions en Essonne • Complexité et difficulté de prise en charge des problèmes mixtes (psychiatriques / handicap, intriqués avec les problèmes médicaux et sociaux (ASE...)) chez les adultes et les enfants • Accueil et protection des mineurs isolés <p>Insertion et rétablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de services adaptés à domicile • Manque d'offres d'hébergement pour les personnes avec troubles psychiques et de logements accompagnés (résidences accueil...) • Aide à l'emploi et au rétablissement
--	---

A l'issue de ce travail de réflexion, les membres de la CSSM ont dégagé trois thématiques prioritaires à travailler dans le cadre du PTSM :

Thématique n°1 : Entrée dans le parcours de prise en charge

- Prévention et dépistage précoce pour prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques
- Diagnostic spécialisé précoce en santé mentale
- Diagnostic et prise en charge de l'autisme
- Coordination des soins autour de l'enfant, des adolescents et jeunes adultes :
 - Accès rapide à la pédopsychiatrie*
 - Parentalité et périnatalité*
 - Prévention et gestion de la maltraitance*

Thématique n°2 : Prévention et gestion de l'urgence et la crise

- Prévention du suicide (jeunes...)
- Equipes mobiles de crise
- Accès aux ressources et décloisonnement pour traiter l'urgence psychiatrique

- Amélioration du parcours pour les hospitalisations sous contrainte

Thématique n°3 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

- Coordination des acteurs (ville-institution) et prévention des ruptures :
Parcours fluides et partagés (ville, institution, famille...) : plan de soins partagés, coordination des soins avec des outils adaptés et sécurisés
Communication des actions et potentiels du territoire à mobiliser, coordination locale...
- Accès aux soins (délais de rendez-vous en CMP, CMPP...)
- Prises en charge inadéquates (autisme, jeunes adultes, addiction...)
- Réhabilitation, rétablissement, politique d'insertion et inclusion sociale :
Déstigmatisation
Remédiation cognitive
Insertion professionnelle et prévention du burn out
Insertion sociale (logements accompagnés, tutelle, formation des aidants à domicile...)
Précarité (migrants...)

Ces thématiques de travail ont été adoptées par le COPIL du PTSM le 22 juin 2018 sous l'égide de l'ARS et du CTS. Elles sont en phase avec le Projet Régional de Santé 2018-2022, avec le guide de l'ANAP « Mettre en œuvre un projet parcours de psychiatrie et santé mentale » et avec le décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM.

Des groupes de travail se sont donc constitués autour des 3 thématiques précitées et une réunion ad hoc a permis de réfléchir sur les déterminants de la santé mentale en Essonne. Ils ont réuni un ensemble varié d'acteurs du champ de la santé mentale, et ont permis de mettre en évidence les principaux dysfonctionnements dans le parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Lors de ces temps d'échange, les participants ont pu exprimer les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain, partager leurs expériences sans oublier de mettre en avant les réussites dans l'organisation de la prise en charge de la santé mentale sur le territoire de l'Essonne.

A l'issue de ces différents échanges, il a été constaté que certains dysfonctionnements étaient communs aux trois thématiques proposées :

Tout d'abord, il a été mis en avant la problématique de **l'inégalité territoriale et de l'attractivité de l'Essonne** pour les professionnels de santé. En effet, les acteurs ont observé une insuffisance de la démographie médicale (manque de psychiatres, de pédopsychiatres ou encore d'orthophonistes). Cette faible démographie médicale est un élément qui défavorise l'accès aux soins en matière de santé mentale. Ce constat est encore plus marquant entre le nord et le sud du département selon les acteurs, confirmant les données chiffrées vues plus haut.

Il a été également constaté des difficultés dans la **coordination des soins** dues à une méconnaissance réciproque entre les acteurs. Il a été noté un manque de connaissance des dispositifs existants et des difficultés dans l'orientation des patients qui en découle.

Enfin, les participants ont signalé un **manque de formation des acteurs au repérage des troubles psychiques et à la santé mentale de manière générale** (notamment les intervenant de 1^{ère} ligne, les accompagnants ou encore les médecins traitants...). Des insuffisances qui entraînent des retards de prise en charge ou encore des prises en charge inadéquates.

Une retranscription des constats dégagés lors de ces groupes de travail sur les forces et les dysfonctionnements de l'offre de prévention, de soins et d'accompagnement en santé mentale sur le territoire de l'Essonne a été réalisée ci-dessous et est détaillée en annexe (matrices forces-faiblesses).

L'ensemble de ces constats ont permis aux groupes de travail de proposer différentes actions à mettre en place afin de remédier aux dysfonctionnements.

Déterminants de la santé mentale

Au cours des dernières décennies, la définition de la santé mentale a évolué, passant d'une conceptualisation négative à une conceptualisation positive. En effet, autrefois associée à la présence de troubles mentaux, elle est aujourd'hui perçue comme un état de bien-être des personnes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cet état de bien-être dépend grandement de facteurs sociaux, économiques, environnementaux ou territoriaux mais également de facteurs individuels. Ils peuvent impacter de manière favorable ou défavorable l'état de bien-être des individus et donc leur santé mentale. Ainsi, les facteurs déterminés par le contexte social et économique comme le chômage, la pauvreté ou encore l'exclusion sociale influent de manière négative sur la santé mentale des personnes. Inversement, une réussite professionnelle et une sécurité financière agissent positivement sur la santé mentale.

Dans le cadre de la rédaction du diagnostic PTSM, un ensemble d'acteurs dont les bailleurs sociaux, les centres communaux d'action social (CCAS), la cohésion sociale, l'habitat inclusif, les associations de famille, les conseils locaux de santé mentale, se sont réunis pour échanger sur les actions menées et à entreprendre en vue de favoriser le bien-être des essonnais et d'agir sur les déterminants de la santé mentale.

Les déterminants socio-économiques

- L'accès à l'emploi
- Le niveau d'éducation
- L'accès au logement
- L'accès à la culture et aux loisirs

Le contexte socio-économique est un élément majeur de l'état de bien-être. Il dépend d'un certain nombre de facteurs comme l'accès à l'emploi et la qualité au travail des individus, mais également l'accès au logement, le niveau d'éducation, l'accès à la culture et aux loisirs, l'accès à la citoyenneté ou encore la sécurité des personnes. Tant de facteurs qui permettent aux individus de se réaliser socialement, professionnellement et de faire face aux difficultés de la vie.

En Essonne, des actions sont menés afin d'instaurer un contexte socio-économique favorable pour tous.

Au sujet de l'accès à l'emploi et de la qualité de vie au travail, le bailleur social ADOMA permet à l'association ATOUT PLIE⁴¹ d'intervenir sur les lieux d'hébergement pour aller à la rencontre des personnes qui n'ont pas de stabilité dans l'emploi.

Concernant l'accès au logement, il est demandé aux bailleurs de réserver des logements aux personnes en situation d'handicap (par voie de convention) avec une garantie du loyer et de l'accompagnement de ces personnes.

Déstigmatisation dans l'accès à l'emploi et au logement

Ces difficultés dans l'accès à l'emploi et au logement résultent de la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il y a une nécessité de mener des actions de formations auprès des bailleurs qui permettront à la fois de lutter contre la stigmatisation mais également contre l'isolement des personnes. Est également souhaitée la formation des gardiens et des managers de proximité dans le cadre de la taxe foncière sur les propriétés bâties (TFPB) ce qui leur permettra d'acquérir une légitimité notamment dans le repérage des troubles psychiques.

Les acteurs ont souligné l'importance que les services de ressources humaines soient sensibilisés à la question de troubles psychiques. La société Hewlett Packard situé aux Ulis a mis en place des conseillers sociaux. Les acteurs ont également proposé que la notion de « qualité de vie au travail »

⁴¹ L'Association Atout PLIE Nord-Ouest 91 est destinée à favoriser le retour à l'emploi des personnes confrontées à des difficultés sociales et/ou professionnelles et de les stabiliser sur des emplois durables, et ce dans le cadre de parcours personnalisés.

soit intégrée dans le Comité Social et Économique (CSE) des entreprises, que les représentants du personnel soient sensibilisés aux questions de la santé mentale des salariés.

La déstigmatisation des maladies psychiques passe également par la mobilisation des collectivités. Il y a une nécessité de la part des acteurs à solliciter les élus pour mobiliser les communes dans le cadre des Semaines d'information en santé mentale (SISM).

Les déterminants environnementaux et territoriaux

- La qualité de l'air :

82 communes sont classées en zone sensible pour la qualité de l'air. 58 % des franciliens déclarent avoir déjà ressenti les effets de la pollution atmosphérique sur leur santé ou celle de leur entourage proche.

- Le bruit :

Le bruit des transports (routiers) est la principale source de gêne pour la population.

- L'environnement numérique

- La salubrité des logements :

427 signalements ont été effectués en 2018, 91 logements ont été visités dans le cadre de l'évaluation sanitaire au titre du Code de la Santé Publique et 62 arrêtés préfectoraux ont été pris.

- Les transports :

80 % de la population et 70 % des emplois en Essonne sont localisés en dehors d'un périmètre d'accès direct à pied d'une gare (800 m) proposant une offre attractive (100 passages / jour).

Seules 26% des communes sont desservies par le réseau ferré.

- L'environnement géographique (urbain/rural, espaces verts...) :

L'Essonne comprend 25% d'espaces verts sur son territoire.

96% de la population essonnienne est concentrée sur 122 communes urbaines.

L'environnement et le territoire sont également des éléments importants de l'état de bien-être des individus. Un territoire bien loti en équipements de santé, en équipements culturels ou encore en transport aura un impact favorable sur l'état de bien-être des personnes, tout comme un environnement sain (qualité de l'air, bruit, salubrité des logements, environnement géographique...).

En Essonne, il existe des initiatives qui visent à agir sur l'environnement et qui favorisent la cohésion sociale entre les habitants. C'est le cas par exemple dans la commune de Ris-Orangis avec la mise en place de jardins partagés dans le cadre d'un partenariat entre les bailleurs et les habitants. Il en existe également 4 dans la commune d'Évry, gérés entre autres par les bailleurs et les maisons de quartier. Des jardins qui permettent de réunir les habitants et développer les relations sociales, et

ainsi lutter contre l'isolement. A Longjumeau, une expérimentation en lien avec les bailleurs sociaux est en cours avec la création d'un jardin potager. Des actions d'un autre type ont été mises en place afin de renforcer le lien entre les habitants et d'aménager des espaces extérieurs et végétalisés. Aux Ulis, il existe une initiative de collecte et de nettoyage d'objets afin de créer une brocante au sein des quartiers avec pour objectif de réunir toute la population. Une initiative qui est réalisable dans les zones plus rurales du département.

Au sujet de la mobilité, des initiatives d'accompagnement aux loisirs des personnes âgées ont été développés dans le but de lutter contre leur isolement et de s'occuper de leur bien-être. L'association Essonne Mobilités dispose d'une plateforme d'accueil pour les personnes en recherche d'emploi afin de réaliser un diagnostic de leur mobilité (compétence, capacité de se déplacer, savoir se repérer...).

Action à mener : plaider pour intégrer la santé mentale dans toutes les politiques publiques et favoriser des aménagements urbains et du territoire

Il y a une nécessité de plaidoirie au sein de toutes les institutions afin d'intégrer les questions de la santé mentale dans toutes les politiques publiques. L'urbanisme doit être favorable à la santé de la population. Les acteurs estiment que le contrat local de santé (CLS) est un bon outil pour influencer sur les politiques publiques territoriales.

Les acteurs ont souligné l'importance des jardins partagés et donc la nécessité d'avoir un référent afin de les pérenniser (faire connaître, faire respecter, entretenir).

Le bien-être territorial passe également par le développement d'une mobilité douce avec le développement des pistes cyclables.

Les déterminants individuels

- Capacité d'empowerment
- Ressources psychiques et comportements individuels
- Compétences psycho-sociales

Le bien-être dépend également des capacités individuelles de chaque individu, de ses aptitudes innées ou acquises lui permettant de se réaliser pleinement dans sa vie quotidienne. Le développement des Compétences psycho-sociales (CPS) est un élément favorable au bien-être des personnes.

Il est, en effet, démontré au niveau international que le développement des CPS est une composante essentielle de la promotion de la santé et contribue pleinement à l'amélioration de la santé et du

bien-être de la population. Il augmente la capacité des personnes à participer à la société et contribue à réduire le fardeau croissant des problèmes de santé et des inégalités sociales.

L'Organisation mondiale de la santé, OMS, définit les CPS comme la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. Il s'agit de l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement [OMS, 1993, introduction du concept de capacités psychosociales « life skills » qui définit 10 aptitudes à développer au cours de l'éducation et tout au long de la vie pour permettre l'adoption de comportements favorables à la santé et au bien-être.]

Même si les compétences psychosociales sont interreliées, pour pouvoir spécifier chacune d'entre elles et la classer en fonction de sa nature, elles sont regroupées en 3 grands types -compétences sociales, compétences émotionnelles et compétences cognitives- dont chacun contient de nombreuses CPS et sous CPS (l'OMS, 2001-2003, affine le périmètre et la définition de ces compétences psychosociales et propose de les regrouper en trois grandes catégories).

Elles sont reconnues aujourd'hui comme les « déterminants de déterminants » (« causes of the causes »). Les évaluations des interventions visant le développement des Compétences psychosociales dès le plus jeune âge ont démontré qu'elles :

- Favorisent l'adaptation sociale et la réussite éducative
- Contribuent à prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale et les comportements violents et sexuels à risque.
- Lorsqu'elles ciblent les parents, augmentent le sentiment parental d'efficacité et améliorent les relations parent-enfant et les résultats scolaires.

En Essonne, un volet santé est en cours de développement dans les programmes de réussite éducative (PRE). Ils sont mis en œuvre dès la maternelle, selon des modalités précisées par décret, par un établissement public local d'enseignement, par la caisse des écoles, par un groupement d'intérêt public ou par toute autre structure juridique adaptée dotée d'une comptabilité publique.

Action à mener : renforcer les liens avec l'institution scolaire pour développer des compétences psycho-sociales indispensable au repérage et à la mise en œuvre d'actions adaptées

Il apparaît indispensable que les acteurs s'associent à l'institution éducative pour le développement des compétences psycho-sociales. Les acteurs proposent d'associer les infirmières scolaires au développement des compétences psycho-sociales.

Afin d'alerter et d'informer les parents, il serait intéressant de réaliser des interventions lors des premières réunions de rentrée des élèves de 6^{ème}.

Il y a une nécessité de travailler de manière plus étroite avec les PRE.

Enfin, les acteurs estiment qu'il faut développer davantage les consultations jeunes consommateurs (CJC) et avoir plus de Point Accueil Ecoute Jeune (PAEJ).

Orientation : Entrée dans le parcours de prise en charge

Axe 1 : Prévention

Le constat, en matière de prévention en santé mentale, est qu'une multiplicité de structures et de dispositifs participent aux actions de prévention en Essonne de manière efficiente : Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Protection maternelle infantile (PMI), structures de type Maison Verte, maisons de quartier, Service d'agrément et d'accompagnement des assistants maternels et familiaux (SAMF), Maison des adolescents de l'Essonne de l'EPS Barthélemy Durand, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)... Des employeurs du territoire mènent des actions spécifiques pour favoriser le bien-être au travail : dispositif d'accueil et d'accompagnement du salarié dans l'entreprise, crèches inter-entreprises...

Enfin, le département dispose d'un comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et à la sexualité (CDCESS), dispositif spécifique dans l'Essonne, particulièrement actif.

Néanmoins, il existe un besoin d'actions pluriannuelles et une hétérogénéité dans les contenus et la couverture territoriale des actions et programmes de prévention. Ces derniers sont parfois mal adaptés pour la population multiculturelle et précaire. De plus, différentes structures, pour lesquelles la prévention fait partie des missions inhérentes à leur activité (comme les PMI et les Centres médico-psychologiques (CMP)), doivent faire face au décalage entre leurs ressources et les besoins de la population. Elles risquent alors de prioriser la prise en charge des troubles graves aux dépens de la prévention, malgré les compétences des professionnels. Ce phénomène est particulièrement observé en pédopsychiatrie.

Axe 2 : Repérage, dépistage et prise en charge précoces des problématiques de santé mentale

2.1 Repérage précoce

Le repérage précoce est effectif à travers de nombreux acteurs à même de détecter des signaux d'alerte des troubles psychiques : CCAS, MDS, médecin traitant, réseau d'alerte, crèches, médecine scolaire et universitaire, médecine préventive (travail), tuteurs, secteur social, protection de l'enfance... L'école primaire constitue un bon relai d'adressage et la présence d'adultes ressource

auprès des adolescents en Essonne se démultiplie, favorisant le repérage précoce. Il existe par ailleurs une initiative de formation de « sentinelle pairs » permettant de les mobiliser dans le processus d'alerte auprès des adultes.

Cependant, il est souligné des inégalités dans le maillage territorial des structures de repérage (maillage des MDS...) et le besoin d'appui technique dans le repérage des troubles pour les acteurs non experts de première ligne. En effet, les participants aux groupes de travail ont mis en avant la faible présence de professionnels de santé au sein des structures de repérage capables d'identifier les signaux d'alerte (CCAS...). On constate de plus une insuffisance de dépistage dans les Centres départementaux de prévention et de santé (CDPS) et une pénurie dans le champ de la médecine scolaire et universitaire et la médecine du travail.

Il est précisé que les travailleurs sociaux sont formés aux premiers repérages pour des orientations auprès de professionnels spécialisés et que l'association Centre de prévention, formation et insertion (CEPFI) propose des formations multi-catégorielles sur le sujet.

Il est cependant constaté le manque de formation dans le repérage actif et le dépistage, faute de moyens, des acteurs de première ligne, mais aussi des équipes qui accompagnent : AVS, CHRS, CPH, structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle et l'emploi (pôle emploi, maison de l'emploi, structures d'insertion par l'activité économique...). Une mise à niveau régulière des professionnels de santé est nécessaire pour maintenir à jour les compétences.

D'autre part, certaines populations spécifiques peuvent échapper au repérage (difficultés liées à la parentalité, barrières culturelles, socio-culturelles ...). Les acteurs ont également noté la difficulté de repérage et de prise en charge précoce des victimes de psychotraumatisme : violences conjugales et intrafamiliales, violences sexuelles, violences de guerre (migrants, réfugiés, attentats...), harcèlement (travail, école), maltraitance... La reconnaissance du statut de victime est également difficile et nécessite un travail pluridisciplinaire.

Orientation après repérage et prise en charge précoce

Après le repérage, vient la question de l'orientation afin de mettre en place une prise en charge précoce. Sur ce sujet, les participants ont souligné l'intérêt de lieux de repérage insérés dans la ville mais ils ont aussi fait part des difficultés que les professionnels peuvent rencontrer dans l'orientation. En effet, la stigmatisation de la santé mentale est défavorable à l'entrée dans le parcours de prise en charge.

En outre, la Cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) concernant des situations d'enfants, transmises par des professionnels, fonctionne de façon satisfaisante.

Une équipe mobile (unité de crise et de liaison intersectorielle « UCLI ») contribue au dépistage et au repérage précoce sur les secteurs du Groupe hospitalier Nord Essonne. Il manque par contre une équipe mobile pour les secteurs de l'EPS Barthélemy Durand et du centre Hospitalier Sud-Francilien.

Dans le cadre du CLS Paris-Saclay, un dispositif dédié au repérage et à la prise en charge des étudiants sera mis en œuvre. Concernant le public adolescent, de plus en plus de structures sont ressources auprès des adolescents pour repérer précocement (PAEJ, MDA 91, milieu éducatif, consultations spécialisées adolescents et jeunes adultes...).

Finalement, ils ont souligné l'opportunité du rôle à venir des infirmiers de pratique avancée en psychiatrie (IPA) dans le repérage et la prévention qui pourront se mobiliser à domicile, les écoles...

2.2 Diagnostic spécialisé et prise en charge précoce

La demande de diagnostics spécialisés est en augmentation, en particulier pour les explorations diagnostiques et la mise en place d'actes thérapeutiques : EEG, IRM, tests génétiques, bilan neuro-pédiatrique, bilan orthophonique, bilan psychologique...

Or, le département est défavorisé en structures de diagnostic précoce, entraînant des prises en charge retardées et/ou inadéquates (accès et pertinence des prises en charge). Le groupe de travail constate unanimement un taux de fuite important des patients de l'Essonne pour accéder aux diagnostics spécialisés en lien avec un manque de dispositifs, structures et ressources professionnelles (orthophoniste...) répondant aux besoins dans le département, ainsi qu'une faible lisibilité de l'offre spécialisée existante. Les délais d'accès au diagnostic sont en conséquence très longs (centres d'apprentissage du langage...), ce qui est fortement dommageable et aboutit à une perte de chance peu acceptable. A noter que pour palier l'attente du diagnostic précoce spécialisé auprès des acteurs de recours, la pédopsychiatrie met en place des soins précoces pour les jeunes enfants et les structures ambulatoires (CMP, CMPP, CAMPS) sont mobilisées.

De plus, ils ont aussi constaté l'hétérogénéité des outils utilisés par les acteurs dans le diagnostic. En effet, selon les structures, les compétences varient dans l'utilisation de ces outils pour la réalisation des bilans et un manque de cohérence des prises en charge est relevé. Il apparaît nécessaire d'utiliser des outils d'évaluation multidimensionnelle et conformes aux dernières recommandations. Enfin, il est relevé une sous-évaluation des comorbidités et troubles associés à la maladie psychiatrique.

Toutefois, le territoire dispose d'offres de diagnostic spécialisé précoce avec :

- L'existence de soins spécialisés départementaux utilisant des outils d'évaluation validés : surdité, psychiatrie transculturelle, thérapie familiale, troubles émergents, troubles bipolaires, p rinalit , phobies, TOC...

- Des équipes départementales mobiles de l'EPS Barthélemy Durand permettant d'assurer le diagnostic précoce en matière de psychiatrie chez les personnes âgées (EMPSA) et les personnes en situation de précarité (DIAPSY) en lien avec les autres acteurs.
- Le diagnostic et l'intervention précoces auprès des adolescents et jeunes adultes (15-25 ans) avec un centre de référence offrant des Consultations spécialisées pour adolescents et jeunes adultes (CSAJA de l'EPS Barthélemy Durand) depuis 2016.
- Le GHNE a commencé à déployer un dispositif de diagnostic précoce et de prise en charge pour les jeunes adultes et adolescents sur ses secteurs (consultations depuis novembre 2018)
- Le réseau TAP (Troubles des apprentissages) Ile-de-France, présent sur tout le département, mais aussi dans le 13^{ème} et le 14^{ème} arrondissement de Paris, le 92 sud et le 94. Ce dispositif de diagnostic et de prise en charge des troubles de l'apprentissage complexes assure les missions suivantes : coordonner les soins en accompagnant les familles dans le parcours de soins, soutenir la coordination des prises en charge pluridisciplinaires, entre les professionnels de santé de ville, institutionnels et hospitaliers et favoriser les échanges entre l'Éducation Nationale et les professionnels de santé pour permettre une meilleure adaptation du milieu scolaire à l'enfant.

Des dispositifs départementaux ont aussi été mis en place afin de limiter le nombre de personnes susceptibles de se retrouver « sans solution » :

- Réponse accompagnée pour tous (RAPT) qui consiste à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour les personnes souffrant d'un handicap (enfant/adulte) afin d'éviter les ruptures dans le parcours. Ce dispositif est porté par la MDPH et associe l'ARS, les conseils départementaux et la CPAM,
- Equipe mobile d'accompagnement (EMA) 91 portée par l'ADAPT, pour l'accompagnement des personnes handicapées sans solution.

Des difficultés sont relevées également après la phase de diagnostic. En effet, les participants aux groupes de travail ont observé un manque de places dans les structures de prise en charge (notamment pour les personnes souffrant de polyhandicap) et un manque de ressources professionnelles (psychiatres, orthophonistes, généralistes). En effet, la démographie de ces professions est particulièrement problématique, aussi bien pour la ville que pour les établissements, sujet qui est aggravé par des inégalités territoriales au sein de département entre le nord et le sud. Des insuffisances qui entraînent des difficultés et des retards de prise en charge. Des difficultés de

prise en charge qui s'expliquent d'autre part par la non prise en compte des spécificités ethnoculturelles des personnes ou encore par le manque de soutien familial.

Certains acteurs ont également rapporté la nécessité d'accompagner les parents en déni face aux troubles de l'enfant, une situation qui soulève la question de la formation des acteurs et notamment les médecins traitants pour éviter les contradictions. Il y a une faiblesse dans l'accompagnement des familles et des patients dans l'annonce et la prise en compte d'un diagnostic posé ou à poser. Un diagnostic partagé entre les différents intervenants est en effet nécessaire.

En complément du parcours sanitaire, l'entrée dans le parcours du handicap psychique est particulièrement complexe et longue pour les individus, leurs aidants et les professionnels (démarche pour l'ouverture et la maximisation des droits auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'existence à l'EPS Barthélemy Durand de programmes d'éducation thérapeutique du patient avec les aidants (GAPE 1, 2 et 3 pour la schizophrénie ; GAPE 4 pour les troubles bipolaires) et du programme Profamille de formation des aidants est soulignée comme un élément favorable.

2.3 Diagnostic et prise en charge de l'autisme

Le diagnostic et la prise en charge de l'autisme est particulièrement problématique en Essonne alors que les besoins de la population sont croissants. L'un des principaux dysfonctionnements concerne l'absence de plateforme ou de centre de diagnostic de l'autisme en Essonne. Cela se traduit par des retards de diagnostic auxquels les acteurs de terrain, dont la pédopsychiatrie, essaient de palier en proposant des soins précoces pour prévenir les risques développementaux des trois premières années de la vie. La région Ile-de-France ne dispose que de huit centres de diagnostic et d'évaluation spécialisés dans les TSA pour les enfants et d'un centre pour les adultes, en convention avec le CRAIF et aucun n'est dans le sud de l'Ile-de-France.

En outre, une fois le diagnostic posé, le parcours de soins et de vie est complexe à organiser, notamment pour les aidants, et la prise en charge est complexe (peu d'orthophonistes, manque de place dans les structures médico-sociales). L'accueil des individus dans des structures belges est relevé, problématique nationale qui est identifiée.

Le groupe de travail a également souligné l'absence de lits d'hospitalisation temps plein pour les moins de 12 ans, ce qui peut manquer pour les indications ciblées (trouble du spectre de l'autisme, bilans, diagnostics).

Les participants aux groupes de travail ont toutefois constaté une dynamique départementale positive au sujet de la prise en charge des TSA. Différentes initiatives ont été mises en place :

- Coordination autour de la prise en charge des TSA par le Dispositif intégré handicap (DIH), anciennement Dispositif intégré troubles du spectre autistique (DITSA) ;
- Utilisation d'un outil expérimental de repérage précoce des troubles de la communication, le plus tôt possible, avant 1 an : la grille PREAUT, grille nationale à l'élaboration de laquelle les professionnels essoniens ont participé. Elle est utilisée au 4^{ème} et 9^{ème} mois et est utilisable jusqu'à 2 ans. Tous les médecins de la PMI du Département ont été formés, ainsi que les pédiatres libéraux volontaires.
- Evaluation lors du 1^{er} entretien d'admission en IME pour élaborer une prise en charge individuelle et adaptée (test de communication orale et gestuelle...)
- Formation gratuite du CRAIF pour les aidants de personnes avec TSA disponible en Essonne, en lien avec l'EPS Barthélemy Durand

De plus, la mise en place d'une plateforme de diagnostic, avec pour rôle de sensibiliser les professionnels du territoire au repérage et à l'orientation, est à venir en Essonne en lien avec l'EPS Barthélemy Durand.

Axe 3 : Coordination des soins autour des enfants, des adolescents et des jeunes adultes

L'une des orientations nationales en santé mentale et psychiatrie vise renforcer la pédopsychiatrie, notamment en augmentant le nombre de lits disponibles. La priorité sera donc accordée aux départements en déficit, dans un objectif plus global de lutte contre les déserts médicaux. Or, la densité en lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile est de 18,3 en Essonne en 2015, alors qu'elle est de 21,1 pour l'Île-de-France, ce qui fait de l'Essonne un département sous-doté.

En effet, la densité de pédopsychiatres en Essonne⁴², libéraux et salariés, est inférieure de 15% à la densité régionale⁴³ et la densité de CMP⁴⁴ est également inférieure de 18% à la moyenne régionale⁴⁵ tout comme la densité de CATTP⁴⁶ qui est inférieure de 19% à la moyenne régionale⁴⁷.

⁴² 7,2 pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans

⁴³ 8,5

⁴⁴ 8,8

⁴⁵ 10,7

⁴⁶ 3

⁴⁷ 3,7

3.1 Parentalité/périnatalité

A cette étape charnière de la vie, propice à l'émergence de troubles psychiques, les participants ont évoqué les dispositifs et lieux d'accueil existants sur le territoire autour de la parentalité et la périnatalité qui permettent d'accompagner conjointement les parents et leurs enfants. Il s'agit par exemple :

- de la prise en charge en psychiatrie générale pour un accompagnement à la parentalité des parents présentant un trouble psychique, en lien avec les services d'obstétrique et la pédopsychiatrie.
- de la prise en charge en périnatalité par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile grâce à des équipes spécialisées (0-18 mois ou 0-3 ans selon les offres).
- des consultations spécialisées départementales en périnatalité proposées à l'EPS Barthélemy Durand.
- du dispositif d'Entretien prénatal précoce (EPP) qui peut être réalisé dans une maternité, une PMI, en libéral ou dans les lieux de préparation à l'accouchement par un professionnel de la naissance.
- du staff médico-psychosocial, instance de concertation pluri-professionnelle mise en œuvre dans les maternités publiques et privées visant à prendre en charge les situations médico-psychosociales complexes.
- des lieux de soins et d'accueil pour les tout-petits (ateliers et groupes enfants/parents et lieux d'accueil enfants/parents, consultations urgences « bébé ») qui maillent le territoire.

Les dispositifs existants sont acculturés au travail en réseau et en coordination avec les acteurs de la périnatalité : crèches familiales et collectives et haltes-garderies, Protection maternelle et infantile (PMIs), Aide sociale à l'enfance (ASE), médecine de ville, CAMSP, sages-femmes. Il existe par ailleurs le réseau Périnat' Ile-de-France-Sud (Essonne et sud Seine-et-Marne) fortement ancré sur le territoire, qui réunit les hôpitaux publics et privés, les conseils départementaux et les acteurs libéraux. Des actions de prévention sur le thème de la parentalité et la périnatalité ont lieu en lien avec les dispositifs des PMIs.

Cependant, il a été mis en avant le manque de moyens pour développer et asseoir durablement la périnatalité en Essonne à travers une structure identifiée de prise en charge associant les troubles psychiques et la parentalité, notamment la prise en charge spécialisée des pathologies psychiatriques maternelles/parentales, la détresse psychique pendant la période périnatale et avant la grossesse (parentalité inadaptée, trouble du lien mère/enfant, prévention de la maltraitance...) couplant la

prise en charge mère-bébé. En particulier, il n'existe aucune unité d'hospitalisation mère-bébé adaptée pour les troubles psychiques. La prise en charge des mamans et des parents reste principalement informelle et surtout centrée sur la prévention pour le bébé. De plus, on constate un manque de repérage des traumatismes psychiques des futurs parents (grossesse, deuil...). Le parcours de soin de grossesse et de post-partum n'intègre actuellement pas d'évaluation complète des troubles psychiques. L'absence d'une « école des parents » départementale a été soulignée, avec pour mission d'accueillir, d'informer et d'accompagner les familles dans leurs difficultés (scolarité, problèmes de couple, relation avec un adolescent...) où chaque personne bénéficie d'un suivi adapté.

3.2 Accès à la pédopsychiatrie

Afin d'assurer une prise en charge précoce des troubles psychiques, un partenariat entre les professionnels de la petite enfance et le secteur sanitaire est opérationnel dans l'Essonne. Un travail en réseau existe entre les PMIs, les CAMSP, la pédiatrie et la pédopsychiatrie pour favoriser une prise en charge rapide avant 6 ans, mais semble cependant insuffisant. Le groupe de travail a observé qu'une organisation permettant de prioriser les soins en CMP pour les populations avec des enjeux importants (adolescents et jeunes adultes, bébés...) est mise en œuvre. Ainsi, les délais d'attente pour la tranche d'âge 6/12 ans « non prioritaire » sont plus longs du fait d'offres hospitalières et médico-sociales réduites, malgré un relai d'adressage efficace par l'école primaire. A noter qu'en dehors des unités d'accueil familial thérapeutique et des unités pour adolescents, il n'existe pas d'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie dans l'Essonne. En conséquence, la prise en charge est axée sur les alternatives ambulatoires des secteurs sanitaire et médico-social, y compris pour les cas nécessitant une prise en charge renforcée (hôpitaux de jour, structures médico-sociales).

Les participants aux groupes de travail constatent un besoin sociétal croissant de prise en charge psychologique en cas de difficulté, alors que l'accès à l'offre de soin pédopsychiatrique devient particulièrement problématique, ce qui présente une inégalité majeure pour la prise en charge des Essonnais. Ce phénomène est lié à la démographie défavorable de certains professionnels (pédopsychiatres, orthophonistes...) dans le département et à un manque de places ou de capacité dans les structures. Sont évoquées notamment les difficultés de délais d'obtention d'un rendez-vous dans les CMP, Centres médico psycho pédagogiques (CMPP) et Centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) se traduisant par des listes d'attente et le manque de places en établissement médico-social (IME). Par ailleurs, la problématique de la non-prise en charge des consultations des psychologues libéraux par la sécurité sociale et certains frais de transports (notamment la prise en charge des taxis entre les IME et le secteur sanitaire) peuvent entraîner un renoncement aux soins. Enfin, le manque d'offre pour les enfants non verbaux ou la tranche d'âge entre la petite enfance et l'adolescence sont aussi des problèmes relevés sur le territoire de l'Essonne. Enfin, certaines

populations rencontrent des problématiques d'accès spécifiques en fonctions de situations de précarité familiale ou culturelle données.

3.3 Coordination des soins autour de l'enfant

Il existe chez les acteurs du département une réelle volonté de collaborer et de partager les compétences, notamment entre les secteurs sanitaire et médico-social (présence de professionnels du soin dans les établissements médico-sociaux...). Les participants ont souligné l'existence de technologies disponibles pour faciliter ces échanges (téléconsultations, téléstaffs). Les participants ont mis en avant la richesse de l'offre sectorielle (hôpitaux de jour sectoriels, suivis thérapeutiques sectorisés par les CMP, CATTP...), intersectorielle et départementale qui favorise le parcours individualisé des patients et une prise en charge pluri-professionnelle (pédo-psychiatre, psychologue, infirmier, psychomotricien, orthophoniste, éducateur...).

Le groupe de travail a souligné certains dysfonctionnements dans la coordination des soins autour de l'enfant qui s'expliquent par une méconnaissance des missions et du champ d'intervention des acteurs, la tarification à l'acte qui ne valorise pas la coordination, et pose notamment problème lors d'un changement d'orientation de l'enfant, avec une transmission des informations liées à la prise en charge qui reste à parfaire. Les participants ont regretté l'absence de répertoire des offres disponibles sur le territoire et le nombre réduit de « gestionnaires de cas ». L'insuffisance de suivi et de coordination autour des problématiques d'addiction a également été relevée.

Les familles sont parties prenantes dans la prise en charge, mais l'information et la communication restent insuffisantes, de même que la prise en compte de l'impact sur la fratrie.

Les configurations familiales ou les phénomènes migratoires rendent difficile la prise en charge d'un patient et de sa famille.

A été rappelée l'importance de renforcer les partenariats et la communication entre les différents acteurs notamment entre la pédopsychiatrie et la petite-enfance ainsi que les autres acteurs sanitaires (pédiatrie, maternité...) et entre la médecine de ville et les établissements.

3.4 Adolescents et jeunes adultes

Les acteurs reconnaissent que l'offre s'est renforcée ces dernières années, notamment avec l'hospitalisation à temps complet (ouverte en 2011 à l'EPS Barthélemy Durand et 2015 au GHNE), ou encore la Maison des Adolescents de l'Essonne (MDA 91) rattachée à l'EPS Barthélemy Durand (structure non sanitaire) créée en 2011.

Ainsi, les adolescents du département ont la possibilité d'être pris en charge par des structures non sectorisées spécialisées :

- Centre de crise départemental pour adolescents (UHPA) de l'EPS Barthélemy Durand à Sainte-Geneviève-des-Bois ;
- Hospitalisation à temps complet pour adolescents à vocation départementale à Bures sur Yvette et des consultations non programmées (CAUS) du Groupe hospitalier Nord Essonne ;
- CATTP et Hôpital de jour départementaux pour adolescents (« la Maison du cèdre ») de l'EPS Barthélemy Durand à Sainte-Geneviève-des-Bois ;
- Consultations jeunes consommateurs (CJC) des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie réparties sur le territoire.

Par ailleurs, les adolescents et jeunes adultes peuvent s'adresser en complément aux structures ci-dessous :

- Service pédiatrique du Centre hospitalier sud francilien (CHSF), qui dispose d'une unité d'hospitalisation MCO spécialisée pour adolescents ;
- Centre d'accueil et de crise (CIAC) pour adultes de l'EPS Barthélemy Durand à Longjumeau, pouvant accueillir de jeunes adultes.

Des consultations avancées en milieu scolaire sont réalisées (CJC, PAEJ, MDA 91...). Globalement, l'action des PAEJ pour cette population est soulignée.

Il existe un centre de référence pour le diagnostic précoce des adolescents et jeunes adultes (15-25 ans) à l'EPS Barthélemy Durand (CSAJA). Il existe également un dispositif en cours de mise en place au GHNE pour le diagnostic précoce et la prise en charge des 14-25 ans (consultations).

De plus, une organisation spécifique, destinée à favoriser la rapidité d'accès aux soins en CMP pour les jeunes adultes (17-25 ans), a été mise en place à l'EPS Barthélemy Durand permettant ainsi d'obtenir un entretien dans les meilleurs délais.

Pour autant, il apparaît une certaine méconnaissance réciproque par les acteurs de terrain des offres, des différents dispositifs et structures existants ainsi que des modalités d'adressage. Les partenariats ne sont pas toujours formalisés. Autre difficulté repérée : le manque de formation des professionnels qui sont auprès des adolescents sur l'accompagnement des auteurs de violence.

Si des dispositifs et structures spécifiques au public adolescent et jeune adulte existent, les moyens manquent sur le département pour faire face à la demande de solutions d'aval et de prise en charge à plus long terme. En effet, l'absence d'unités d'hospitalisation pour adolescents à durée plus longue, hors crise, pour affiner le diagnostic, a été relevée. Le nombre de lits de l'unité d'hospitalisation pédiatrique (MCO) spécialisée pour les adolescents au CHSF est insuffisant au regard de la demande.

La MDA 91, qui s'articule avec les dispositifs existants sur le territoire, a besoin d'être confortée dans ses moyens au vu du vaste territoire départemental dont elle a la charge (1,3 millions d'habitants). Depuis 2016, le CSAJA, qui vise une prise en charge précoce et permet d'éviter le recours à l'hospitalisation, a des délais d'attente qui s'allongent et ne couvre pas tout le département.

Le groupe de travail a souligné la difficulté de la prise en charge des cas « complexes » en mettant en avant le manque de structures de type IME. Il est à noter que l'amendement CRETON est l'une des causes des difficultés d'accès à certaines structures médico-sociales des jeunes et adolescents (dispositif législatif qui permet le maintien temporaire, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes adultes de plus de 20 ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent). A titre indicatif, 70% des personnes sous amendement CRETON relèvent des foyers de vie.

3.5 Scolarité/Insertion

Des difficultés ont été exprimées concernant la scolarité et l'insertion des enfants souffrant de troubles psychiques.

L'une de ces difficultés réside dans la saturation des institutions médico-sociales et médico-éducatives qui souffrent en outre de stigmatisation.

En partenariat avec l'Éducation nationale, des enseignants spécialisés œuvrent en pédopsychiatrie et l'éducation des enfants s'effectue en articulation avec les structures médico-sociales. Des classes Ulis (unités localisées pour l'inclusion sociale) existent sur le territoire mais cette offre semble insuffisante au regard des besoins, notamment pour les adolescents.

Enfin, les participants ont constaté le manque de structures « soins études », notamment en études supérieures.

Orientation : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise

Axe 1 : Risque suicidaire

Les participants aux groupes de travail ont souligné une forte prévalence en Essonne du suicide pour certaines populations (les adolescents, les détenus, les agriculteurs et les personnes âgées). La nécessité de renforcer la prévention du suicide dans l'établissement pénitentiaire de Fleury, notamment par des formations de sensibilisation du personnel pénitentiaire, est perçue comme prioritaire. De plus, le groupe relève une augmentation des conduites suicidaires chez les enfants de 3 à 13 ans.

Les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide dans l'Essonne sont nettement plus élevés que les taux régionaux⁴⁸.

- Le taux de recours pour Tentative de suicide (TS) des 12-18 ans et des 18-64 ans sont respectivement supérieurs de 32% et de 55 % à la moyenne régionale en 2015, soit le taux le plus élevé de la région avec la Seine-et-Marne ;
- Le taux de recours pour TS des 65 ans est supérieur de 29% à la moyenne régionale.

Départements	Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans - 2015 (pour 10 000 hab. (12-18 ans))	Taux de recours en ES pour tentative de suicide chez les 18-64 ans - 2015 (patients pour 1000 hab. (18-64 ans))	Taux de recours en hospitalisation pour TS. des 65 ans et plus - 2015 (pour 10 000 hab.)
Paris	8,5	0,7	3,4
Seine-et-Marne	13,8	1,4	7,3
Yvelines	9,2	0,9	4,1
Essonne	13,7	1,4	5,8
Hauts-de-Seine	9,2	0,9	4,5
Seine-Saint-Denis	7,8	0,6	3
Val-de-Marne	9,4	0,8	3,9
Val-d'Oise	12,4	0,9	5
Ile de France	10,4	0,9	4,5
France	16,1	1,5	5,4

1.1 Prévention du risque suicidaire

La politique de prévention en matière de risque suicidaire est hétérogène sur le département. Les participants ont relevé une méconnaissance des facteurs de risque et des signaux d'alerte concernant le risque suicidaire et ont affirmé la nécessité d'améliorer la détection précoce du risque suicidaire grâce à la formation des professionnels de santé. Globalement, les acteurs ont une mauvaise visibilité du circuit d'orientation d'une personne suicidaire. Le groupe souligne la nécessité d'organiser pour les professionnels au contact des patients à risque suicidaire, le recours à un avis spécialisé et pour les aiguiller et les soutenir à travers des rencontres d'échange et de concertation.

Le manque de dispositifs de type équipe mobile experte à même de donner des avis spécialisés (pour une bonne évaluation du risque suicidaire) et d'éviter l'hospitalisation est relevé. Plus largement, les participants ont mis en avant le manque d'alternatives à l'hospitalisation en cas de risque suicidaire. Il émerge un besoin de développer des consultations dédiées à la prévention du suicide avec du

⁴⁸ Chiffres de l'Atlas de la santé mentale

personnel formé et des délais de rendez-vous adaptés, comme cela est prévu à l'EPS Barthélemy Durand.

Du fait de la démographie médicale, les délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous en CMP sont par ailleurs problématiques pour la prévention d'un risque suicidaire éventuel.

A été souligné également le manque d'information de la part des structures sanitaires à destination de l'Education Nationale à la suite d'une orientation pour risque suicidaire.

Pour autant, les dispositifs, institutions, structures et professionnels participant à la prévention du risque suicidaire sur le territoire sont nombreux. Il peut notamment être cité :

- les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et psychiatres...) et les maisons de santé pluridisciplinaires notamment ;
- d'autres structures mobilisables, comme les cellules d'écoute, les PAEJ, la Maison des Adolescents (MDA91), l'association Ressources, la consultation de l'Entre temps...;
- les sentinelles pairs, sensibilisés et formés pour une veille autour du mal-être des jeunes (discrimination, risque de suicide, violence, harcèlement...) et les infirmiers en établissement scolaire, qui sont bien pourvus en Essonne ;
- l'existence d'expérimentations de démarches communautaires ;
- un projet d'implantation de « Stop blues » à Grigny, développé par une équipe de recherche de l'INSERM en lien avec les médecins traitants ;
- un accueil téléphonique de l'Unité de crise et de liaison (UCLI) du Groupe Hospitalier Nord Essonne (lundi au vendredi, de 09h00 à 17h00) et de l'unité d'accueil, d'orientation et de situation de crise de l'EPS Barthélemy Durand, en lien avec le Centre départemental d'accueil et de crise (jusqu'à 18h30, puis relais par la garde) ;

Par ailleurs, il existe d'autres éléments contribuant à la prévention du suicide, comme par exemple :

- des dispositifs de formations dispensées par le Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS), le CEPFI, l'EPS Barthélemy Durand (ouvert à l'extérieur sous format DPC) ; le Groupe Hospitalier Nord-Essonne et le Centre Hospitalier Sud-Francilien forment également leurs professionnels à cette thématique.

A noter que l'EPS Barthélemy Durand possède une expertise spécifique en matière de prévention et risque suicidaire avec la présence d'un médecin expert sur la thématique, par ailleurs formateur et responsable médical du Centre de crise départemental de référence pour adulte (Centre d'accueil et

de crise (CIAC)) spécialisé pour les suicidants. Un outil d'évaluation du risque suicidaire (fiche risque-urgence-dangereux) a d'ailleurs été déployé au sein de l'établissement.

En 2018, la Maison des Adolescents 91 portée par l'EPS BD a organisé, en lien avec l'Union nationale de prévention du suicide, une journée départementale sur la prévention du risque suicidaire, favorisant la rencontre des acteurs essonniers intervenant dans ce domaine et prévoyant la constitution de fiches d'identification des ressources départementales et l'émergence d'un réseau.

1.2 Au moment de la tentative de suicide

Une organisation a été mise en place afin que chaque professionnel puisse obtenir un avis psychiatrique 24h/24 et 7j/7 dans 3 endroits sur le territoire, à Longjumeau (ESP BD), Orsay (GHNE) et Corbeil-Essonnes (CHSF). Les 3 autres établissements (Centres Hospitaliers d'Arpajon, Dourdan et Etampes) bénéficient d'une équipe de liaison psychiatrique en journée assurée par l'EPS Barthélemy Durand.

Une hospitalisation est également possible en psychiatrie dans tous les hôpitaux publics du département 24h/24 et 7j/7. Outre toutes les unités de psychiatrie générale, l'Unité psychiatrique de liaison intersectorielle (UPLI) du Centre Hospitalier Sud-Francilien et les unités d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (moins de 18 ans) sont capables d'accueillir des patients en crise suicidaire.

De plus, l'EPS Barthélemy Durand dispose d'un centre d'accueil et de crise départemental (CIAC) spécialisé dans l'accueil des personnes en crise suicidaire ou suicidantes.

Cependant, l'accès aux soins au moment de la tentative de suicide reste difficile. En effet, les acteurs expliquent que lorsque le risque est identifié, ils rencontrent des difficultés pour organiser une hospitalisation rapide. Là encore, l'accès aux CMP est également problématique, rendant difficile la prise en charge rapide d'une personne en crise suicidaire.

1.3 Après la tentative de suicide

Il existe des dispositifs qui permettent un suivi du patient après la tentative de suicide. Certaines maisons de santé et les CMP offrent un suivi intensif en ambulatoire aux suicidants.

Si les hôpitaux publics ont participé à une recherche sur les dispositifs de « recontact » après une tentative de suicide, les participants ont précisé qu'il n'existe pas en Essonne de suivi organisé ou de protocole après une tentative de suicide, notamment après un passage aux urgences.

De plus, ils ont souligné le manque d'accompagnement des patients et de leur famille après la tentative de suicide (TS) ou au moment du deuil. Il y a peu de soutien au moment du retour au domicile, tout comme il existe peu de groupes de parole pour les endeuillés.

Axe 2 : Urgence et crise

2.1 Prévention de l'urgence et de la crise

Le bon maillage géographique des structures ambulatoires, permettant une prise en charge non programmée et de proximité, est à ce titre souligné.

Un travail partenarial est réalisé sur le territoire grâce à l'existence d'un réseau d'acteurs et de dispositifs permettant de prévenir l'urgence et la crise.

Le bon maillage géographique des structures ambulatoires, permettant une prise en charge non programmée et de proximité, est à ce titre souligné. En effet, le territoire dispose de structures capables de recevoir avec ou sans rendez-vous des patients en crise, telles que :

- les médecins de ville et les maisons de santé (structures pluri-professionnelles accueillant tout public)
- les CMP et les CATTP
- la Maison des Adolescents (MDA91 de l'EPSBD), espace d'accueil et d'écoute des adolescents de 11 à 21 ans et de leurs proches sur différents sujets (santé, relation familiale, sexualité...)
- les Points accueil et écoute jeunes (PAEJ), structures qui accueillent, orientent et conseillent des jeunes de 12 à 25 ans (en groupe ou seul, avec leurs proches ou non)
- des associations
- les CCAS
- les urgences psychiatriques 24h/24

L'action des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), au nombre de 4 en Essonne (Evry-Courcouronnes/Ris-Orangis, Grigny et Saclay), est mis en lumière car ils permettent la mise en œuvre d'actions ou de dispositifs de prévention de l'urgence avec les acteurs locaux.

L'action des programmes d'éducation thérapeutique du patient est soulignée comme bénéfique pour la prévention de l'urgence et de la crise, grâce à l'empowerment du patient et des aidants, qui gagnent en capacité à gérer la maladie (éviter l'arrêt du traitement, identifier les signaux d'alerte...). Des conventions et partenariats ont été mises en place pour la prise en charge de publics spécifiques en crise :

- convention avec les structures pour personnes âgées, avec la possibilité pour ces structures, de bénéficier d'un soutien ponctuel en cas de crise de nature psychiatrique ;

- hospitalisations programmées pour les adolescents (avec l'Institut mutualiste Montsouris pour les troubles du comportement alimentaire...)

Par contre, les acteurs ont souligné l'importance de renforcer les partenariats entre les structures médico-sociales et les CMP pour éviter la survenue de crises, à travers notamment le travail partenarial des psychiatres hospitaliers permis par le dispositif d'activité d'intérêt général (AIG).

De plus, certaines structures et notamment les CMP rencontrent des difficultés à proposer des consultations d'urgence ou de visites à domicile pouvant prévenir la crise car elles font face à des listes d'attente conséquentes. On constate une difficulté à organiser une évaluation rapide pour les adolescents en difficulté ou en crise alors qu'il s'agit d'un enjeu majeur (crise de l'adolescence, perte cognitive suite à une crise prise en charge tardivement...).

Outre des inégalités dans l'accès aux soins qui impactent la prise en charge préventive, notamment dans le sud Essonne, le manque de dispositifs ou de structures capables de prévenir les crises est souligné avec :

- l'absence d'équipes mobiles sur l'ensemble du département pour prévenir les hospitalisations et gérer la crise. Seule une équipe mobile pour adultes est effective sur les secteurs du GHNE ;
- l'absence d'unité d'hospitalisation pour adolescent à durée plus longue permettant des interventions intensives et programmées en amont de la crise.

2.2 Gestion de l'urgence et de la crise

2.2.1 Gestion de l'urgence et de la crise : Première ligne

Le territoire dispose de divers acteurs de 1^{ère} ligne permettant de gérer la crise et l'urgence. Les médecins généralistes de l'Essonne se sont structurés sous forme d'une fédération amicale (intitulée « FAME ») sur l'ensemble du département afin d'organiser la permanence des soins en ville, les week-ends et jours fériés, tandis que le centre 15 s'occupe de la régulation médicale opérationnelle.

De plus, des cellules d'alertes locales (dispositif municipal en partenariat avec le CCAS, la Police Municipale, les hôpitaux, les CMP, DIAPSY, le secteur social) sont actives en lien avec l'action des CLSM mais celles-ci ne couvrent qu'une partie du territoire, à savoir le nord du département. Le sud du département ne peut donc pas en bénéficier.

Des équipes mobiles psychiatriques départementales ont été constituées pour gérer l'urgence ou la crise des populations spécifiques :

- DIAPSY pour les personnes en situation de précarité à l'échelle départementale ;

- EMPSA : psychiatrie du sujet âgée à l'échelle départementale ;

De plus, l'équipe mobile de crise et de liaison du GHNE (UCLI) intervient sur ses 3 secteurs dans les structures médico-sociales en lien avec les CCAS et en articulation avec DIAPSY et l'EMPSA.

En revanche, plusieurs difficultés ont été soulignées par les acteurs. La première difficulté concerne la visibilité de l'offre en matière d'urgence et de crise psychiatrique, ainsi que son fonctionnement, pour les professionnels de première ligne, comme pour les administrés. En effet, les familles sont démunies lors de l'urgence et de la crise concernant les démarches à suivre et les lieux où s'adresser (« parcours du combattant »). Le circuit d'hospitalisation en psychiatrie n'est pas harmonisé et l'orientation par le SAMU en matière d'urgence et d'hospitalisation psychiatrique est à clarifier.

L'articulation des acteurs est une autre difficulté repérée, marquée par un besoin de communication avec les médecins traitants, les psychologues libéraux et les intervenants à domicile. Il y a également un besoin d'articulation plus fluide avec les autres intervenants de l'urgence et de la crise, comme la police, les collectivités, le préfet, le SAMU...Ceci passe notamment par une sensibilisation de ces derniers à la psychiatrie de crise.

Les participants ont aussi souligné la difficulté pour les structures médico-sociales à mobiliser les différents acteurs en cas de crise.

2.2.2 Gestion de l'urgence et de la crise : dispositifs hospitaliers

Les participants ont rappelé les différents dispositifs hospitaliers qui permettent la prise en charge de l'urgence et de la crise :

- prise en charge psychiatrique en urgence 24h/24 aux hôpitaux de Longjumeau (EPS BD), Orsay (GHNE) et à Corbeil (Centre Hospitalier Sud-Francilien),
- ouverture de 3 CCSU à Longjumeau, Juvisy-sur-Orge et Sainte-Geneviève-des-Bois permettant de nouvelles modalités de prise en charge de l'urgence, avec la participation de nombreux professionnels libéraux,
- prise en charge de la crise en psychiatrie à travers 2 centres de crise départementaux, l'un pour les adultes (CIAC) à Longjumeau et l'autre pour les adolescents (UHPA) à Sainte-Geneviève-des-Bois (EPS Barthélemy Durand).

Les participants ont également souligné l'organisation mise en œuvre permettant d'assurer ce maillage du département. Des avis psychiatriques peuvent être réalisés aux urgences et dans les services MCO du département selon 2 modalités :

- offre « intégrée » dans un même hôpital (MCO et psychiatrie), comprenant une unité psychiatrique de liaison intersectorielle (UPLI) au CHSF et une psychiatrie de liaison à Orsay (GHNE),
- conventions inter-établissements comprenant des modalités d'évaluation : équipe de liaison psychiatrique de l'EPS Barthélemy Durand qui intervient dans les services MCO, SSR ou EHPAD des hôpitaux du GHNE (Longjumeau, Juvisy), du CH d'Arpajon et du CH Sud Essonne (site d'Etampes et Dourdan).

Néanmoins, des dysfonctionnements dans la prise en charge de l'urgence et la crise par les hôpitaux sont apparus.

Les participants ont constaté un temps d'attente aux urgences souvent trop important alors qu'une prise en charge rapide des personnes souffrant de troubles psychiques est la clé pour réduire les risques de ruptures de prise en charge (fugue, décompensation comportementale...) et les dysfonctionnements aux urgences (absence des soignants accompagnant le patient, agitation aux urgences). Peu de professionnels dans les hôpitaux sont formés au psychotraumatisme notamment au niveau du repérage et de l'orientation.

2.2.3 Gestion de l'urgence et de la crise : adolescents et jeunes adultes

Il existe une offre de prise en charge à destination des adolescents et jeunes adultes en crise sur le territoire. Pour répondre à l'urgence et aux états aigus de crise, il existe des conventions inter-établissements pour favoriser une intervention rapide auprès des adolescents et jeunes adultes via les équipes de liaison des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et générale et des possibilités de consultation en urgence.

Néanmoins, les participants ont noté la saturation régulière du centre de crise départemental pour adolescents de l'EPS Barthélemy Durand (UHPA), seule unité de ce type sur le territoire (admissions d'adolescents en crise psychiatrique 24H/24 et 7J/7). Ceci s'explique en grande partie par le manque de solutions d'aval, post-crise mais aussi par une demande sociétale croissante et aboutit à des hospitalisations en service adulte.

De plus, les professionnels rencontrent des difficultés concernant l'orientation et les possibilités de prise en charge pour les adolescents et jeunes adultes pendant la période de transition autour des 18 ans.

2.2.4 Parcours pour les hospitalisations sous contrainte

Les participants ont noté que dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, l'articulation et les rôles respectifs de chaque acteur (pompiers, police, SAMU...) est à clarifier. Il n'existe pas de protocole

concernant les liens entre la mairie et les services de soins, entre les services de soins et la police, ou encore avec le Préfet. Les participants rappellent que l'organisation par l'ARS d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques avec l'ensemble des acteurs est obligatoire, mais non mis en place en Essonne.

L'hospitalisation sous contrainte n'est possible qu'avec le respect d'une procédure stricte, impliquant notamment la rédaction de certificats médicaux selon des règles définies. Dans l'objectif d'éviter les levées inappropriées d'hospitalisation sous contrainte et de favoriser l'acculturation justice/santé, des rencontres entre le juge des libertés et de la détention (JLD) et les psychiatres hospitaliers sont réalisées 1 à 2 fois par an. Cependant, les participants ont souligné le changement fréquent du JLD, qui entraîne régulièrement des modifications des démarches à réaliser.

A noter que l'EPS Barthélemy Durand dispose d'une salle d'audience foraine délocalisée sur le site d'Etampes évitant aux patients et aux soignants accompagnants de se déplacer au Tribunal de Grande Instance (TGI) à Évry pour rencontrer le JLD.

Globalement, les acteurs du parcours de soins sous contrainte n'ont pas une bonne visibilité des contraintes institutionnelles et juridiques de chacun, traduisant un manque de formation (certificat médical, bilan somatique, accord parental, sectorisation...). La réalisation du bilan somatique avant hospitalisation sous contrainte, également obligatoire, n'est pas harmonisée sur le territoire.

En cas de crise, le recours à l'isolement ou la contention des patients répond là aussi à des règles bien définies, notamment via les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. Certains hôpitaux publics autorisés en psychiatrie ont participé à une étude sur le recours à la contention dans les services de psychiatrie et aux urgences dans le cadre du Dispositif territorial de recherche et formation (DTRF) de l'université Paris-Sud.

En Essonne, le recours aux soins sans consentement et le taux d'hospitalisation sans consentement sont inférieurs aux chiffres régionaux et nationaux (voir tableau ci-dessous).

Taux recours aux soins sans consentement (hors UMD)	Essonne *	Ile-de-France (Région) *	France *
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	123,5	135,4	132,9
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	25,4	25,7	23,1
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	80,9	85,7	87,2
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	21,5	30,9	28,5
<i>Source : RIM-P - 2015</i>			
*pour 100 000 habitants			
Taux d'hospitalisation sans consentement (hors UMD)	Essonne *	Ile-de-France	France *

UMD)		(Région) *	
Soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	85,1	118,1	114,7
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	20,1	20,6	17,3
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	48,5	73,8	75,9
Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	19,8	28,8	26,5
Source : RIM-P - 2015			
*pour 100 000 habitants			

Orientation : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Axe 1 : Coordination des acteurs et prévention des ruptures

1.1 Coordination institutionnelle

Les participants ont souligné l'existence de différentes structures de coordination et d'articulation entre les acteurs à différents niveaux, lieux d'échanges propices à démocratie en santé.

Au niveau local, alors que le territoire est mis au centre des réflexions par la loi de modernisation de notre système de santé, en tant que maillon permettant d'organiser le parcours de prise en charge, le secteur psychiatrique apparaît précurseur en la matière et a d'ailleurs été réaffirmé dans cette loi.

La notion de territoire de proximité à prendre en charge d'un point de vue de la responsabilité populationnelle (de l'ordre de 70 000 à 100 000 habitants), est depuis plus de 50 ans à l'œuvre en psychiatrie, avec des pratiques éloignées de l'hospitalo-centrisme et un virage ambulatoire bien ancré. A travers le réseau dense tissé au niveau du secteur avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux, sociaux, l'Etat et les collectivités territoriales ainsi que les professionnels libéraux, cette pratique de secteur apparaît vivace et efficace pour organiser les parcours de soins et la collaboration des partenaires autour du patient sur un territoire de proximité. A contrario, le secteur ne doit pas devenir un facteur de cloisonnement et la psychiatrie doit structurer d'autres dynamiques territoriales sur un niveau de spécialisation et de recours plus large.

On retrouve les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM). Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'agence régionale de santé et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il réunit différents acteurs concernés par les thématiques sociales et de santé. Le CLSM est un dispositif similaire de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire et le service de psychiatrie publique pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée. L'outil CLSM se développe sur le

territoire car il répond à un véritable besoin local et permet d'engager des actions concrètes, comme récemment l'ouverture d'un Centre médico-psycho-pédagogique sur la ville de Grigny. Les CLSM favorisent également la prévention et la déstigmatisation de la maladie psychique. Ils se saisissent par exemple chaque année des semaines d'information sur la santé mentale (SISM) pour mener des actions de prévention et d'information sur la santé mentale. Cependant, de nombreuses zones du territoire ne disposent pas de CLS/CLSM, notamment le sud du département.

Des ateliers santé ville (ASV) sont également actifs. Ils constituent une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

De plus, on constate le développement progressif d'un bon réseau partenarial entre les acteurs locaux, souvent non formalisé. Le groupe perçoit le développement d'initiatives et d'innovations pas toujours connues permettant de « bricoler » des solutions répondant aux besoins du territoire.

Au niveau départemental, plusieurs points forts sont relevés. Les hôpitaux publics (GHNE, CHSF, CHA, CHSE, ESP BD) ont choisi de travailler la thématique de la psychiatrie de manière originale à travers la mise en place d'un projet médical partagé commun aux 2 Groupements hospitaliers de territoire (GHT), en inter-GHT de l'Essonne. La démocratie en santé est un concept aujourd'hui largement partagé en Essonne grâce à un conseil territorial de santé (CTS) qui est le plus dynamique de l'Île-de-France et en fait une instance est reconnue par l'ensemble des acteurs du département. La commission spécialisée en santé mentale (CSSM) du CTS, elle aussi active, en est l'émanation sur la thématique de la santé mentale et la psychiatrie à travers un panel d'acteurs engagés. Par ailleurs, l'implication de nombreux acteurs volontaires dans le cadre du PTSM du 91 est notable.

La coordination institutionnelle autour de la santé mentale apparaît cependant comme une action prioritaire à mener dans le cadre du PTSM de l'Essonne. Tout d'abord, les participants ont souligné un manque criant d'une structure clairement identifiée et dédiée à la coordination départementale en santé mentale. A ce titre, sont déjà créés ou en cours de constitution en France une cinquantaine de Communautés psychiatriques de territoire⁴⁹ (CPT), outil de pilotage du PTSM prévu par le législateur, associant une vaste catégorie d'acteurs (établissements de service public hospitalier autorisés en psychiatrie, patients, professionnels de santé, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, établissements de recours, assurance maladie, services de l'Etat, CLS, CLSM...) pour élaborer et suivre la réalisation du PTSM dans la durée. La CPT vise aussi à « fédérer les acteurs de la

⁴⁹ Décret 26/10/2016 relatif aux CPT

psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et réinsertion sociale coordonnés et sans rupture » et « concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre ».

A ce jour, la coordination reste souvent liée aux personnes plus qu'aux institutions. Certains participants regrettent la disparition du réseau santé mentale.

En parallèle de manques constatés et de vides territoriaux, le groupe souligne que la multiplicité des acteurs qui peut entraîner des doublons de compétences et des conflits de territoire dus à des périmètres de coordination parfois trop larges et à la difficulté de s'accorder sur le principe et le choix d'un coordonnateur des actions.

De façon globale, il est relevé une méconnaissance réciproque du rôle des acteurs, des possibilités et des limites de chacun. L'exemple d'une méconnaissance des dispositifs sanitaires en santé mentale de la part des acteurs de l'insertion et des mandataires judiciaires est cité. Les acteurs sociaux apparaissent morcelés et difficilement mobilisables. Certains acteurs ont besoin d'être accompagnés dans le changement et doivent se mobiliser dans le territoire, notamment lorsqu'ils ont bénéficié d'une formation correspondant à un besoin de santé prioritaire identifié.

Le groupe de travail a également noté que malgré des progrès, le cloisonnement reste encore trop important entre les acteurs d'un point de vue financier, juridique, géographique ou organisationnel. La lisibilité et l'efficacité de la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social reste notamment à améliorer. La communication et la diffusion d'information, bien que chronophage, est à développer au sein des structures à destination des acteurs de terrain.

1.2 Coordination des professionnels autour du patient

Une prise en charge globale des personnes et un maillage des acteurs au service de la population sont effectifs. Ainsi, la communication entre les professionnels et les organisations est développée et constitue un facteur important pour garantir une prise en charge globale et coordonnée. Au sein des organismes ou structures, le travail en équipe est généralisé. Il permet d'assurer la continuité des soins ou de l'accompagnement.

Des dispositifs et initiatives sont mis en place pour favoriser la coordination des professionnels et acteurs afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins du patient. Il s'agit notamment :

- De nombreuses réunions de concertations disciplinaires (ex : maison de santé, hôpital et médico-social, addictologie...),

- Des lieux de coordination de professionnels autour des cas complexes, notamment au sein de certains CLSM,
- De la psychiatrie de liaison assurée par les hôpitaux publics autorisés en psychiatrie qui intervient entre autres dans les hôpitaux généraux ou établissement médico-sociaux,
- Des équipes mobiles qui vont pouvoir occuper souvent un rôle dans coordinateur.

Cependant, malgré les dispositifs existants, des difficultés subsistent dans la coordination des professionnels. Des usagers, aidants ou professionnels vont parfois employer l'expression « parcours du combattant » pour évoquer le parcours de soins de l'utilisateur et les difficultés de coordination entre les acteurs.

En effet, la saturation de certaines structures (CMP, CMPP) est défavorable à la coordination, du fait du manque de temps. Cette coordination est encore plus difficile à mettre en œuvre lorsque la situation est complexe (tuteur, éducateur, aidant, médecin traitant, psychiatre, psychologue, assistante sociale ...) et nécessite davantage de moyens. La culture du parcours et du partenariat est un facteur essentiel à développer dans les dispositifs sanitaire, médico-social et social.

Les acteurs relèvent qu'il manque un maillon entre les structures de type CMP et le domicile, de type équipe mobile. On constate une difficulté à assurer un suivi en ville notamment à trouver un médecin pour un suivi en sortie de l'hospitalisation. Les tableaux⁵⁰ ci-dessous donnent des éléments d'information sur le suivi en amont et en aval des patients souffrant de troubles mentaux fréquents. Ils permettent également d'avoir une idée sur le parcours du patient en Essonne.

Pour TMS (troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère)			
	Essonne 2012-2013	Ile-de-France 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	29	24,1	20
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	63,4	44,4	40
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	28,2	38,7	43,4
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	16,1	18,5	14,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	73,2	76,4	66,8

⁵⁰ *aucun contact avec un médecin généraliste, psychiatre ou CMP l'année précédant l'hospitalisation

**aucun contact avec psychiatre ou CMP l'année suivant la sortie d'hospitalisation

*** consultation auprès d'un médecin généraliste, psychiatre ou CMP (quel que soit l'acte ou le professionnel)

Pour autres TMS (TED et déficiences)			
	Essonne 2012-2013	Ile-de-France 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	37,8	31,7	39
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	75,5	59,1	63,7
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	10,2	28,6	27,7
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	22,4	26	34,6
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie (%)	76,5	80,5	75,1

Pour addictions			
	Essonne 2012-2013	Ile-de-France 2012-2013	France 2012-2013
Part de patients sans suivi en amont* (%)	20	18	16,3
Part de patients sans suivi spécialisé en aval** (%)	62,7	55,3	51,6
Part de séjours avec consultation dans les 15 jours qui suivent la sortie*** (%)	36,4	39,7	43,8
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (%)	8,8	8,8	6,5
Part de patients sans contact avec médecin traitant 2 mois après sortie	65,4	66,9	58

Les participants ont souligné le manque de transmission d'information entre les professionnels (médecins traitants, psychiatres du secteur hospitalier, services de court séjour, de soins de suite, d'EHPAD, structures médico-sociales et acteurs sociaux, service d'accompagnement, tuteurs...) ainsi qu'un besoin d'articulation renforcé entre les acteurs de la psychiatrie et de l'addictologie, aspect essentiel de la prise en charge. Le lien avec la médecine de ville, qui assure le suivi lors du retour au domicile du patient, est également à améliorer. L'articulation avec les équipes éducatives des écoles pour les enfants suivis en CMP et/ou CMPP est également perfectible. Enfin la coordination avec le secteur social est également insuffisante. Sur ce sujet, il est remonté l'absence de référents en CMP permettant d'articuler le parcours avec l'ensemble des acteurs.

Ils ont également constaté le manque d'information à destination des aidants, en particulier sur leur rôle positif dans l'accompagnement des personnes malades.

1.3 Outils de coordination

Divers outils ont été mis en place afin de permettre aux acteurs et aux patients de mieux connaître l'offre du territoire :

- Guide ressource de l'UNAFAM,
- Sites internet thématiques, comme celui des dispositifs MAIA 91 pour les personnes âgées.

Des rencontres entre professionnels sont organisées sur des thèmes spécifiques sur le territoire. Il existe par exemple des journées annuelles départementales à destination des professionnels sur l'éducation thérapeutique du patient/remédiation cognitive, la gérontopsychiatrie ou l'addictologie organisées par l'EPS Barthélemy Durand. De nombreux acteurs, parfois à un niveau plus local, organisent également des interventions thématiques : MAIA, PAEJ, MDA, CHEMAA...

Les offres du territoire font également pour certaines l'objet d'un partage d'information. Il existe en particulier des affiches concernant différents dispositifs. Elles sont installées dans les lieux de fréquentation et participent à la déstigmatisation de la santé mentale. Les CLS et CLSM sont aussi des outils qui viennent favoriser l'articulation entre les acteurs.

Le manque de visibilité des actions des différents acteurs sur le territoire est relevé. Un recensement qualitatif des acteurs est notamment attendu : modes d'intervention, délais d'attente... Plus largement, il n'existe pas d'annuaire départemental recensant les acteurs de la santé mentale, qui permettrait de favoriser l'approche du parcours. A noter que le Guide PSYCOM à paraître prochainement en Essonne apportera une véritable réponse à ce manque.

Axe 2 : Accès aux soins

2.1 Offre de soins et structures de prise en charge

Le territoire dispose d'une diversité d'offres de prise en charge : des structures sanitaires, des acteurs médico-sociaux dynamiques, des groupes d'entraide mutuelle, un important hôpital spécialisé en psychiatrie et deux hôpitaux généraux (GHNE, CHSF).

Les patients ont également la possibilité d'accéder à des offres de soins spécialisées au niveau des inter-secteurs de psychiatrie et de l'offre de recours, souvent départementale, orchestrée par différents acteurs :

- Consultations spécialisées : surdité, troubles de spectre autistique, psychiatrie transculturelle, troubles émergents, bipolaires, phobies, troubles obsessionnels compulsifs, adolescents et jeunes adultes, victimologie, thérapie familiale...
- Offre spécialisée sur des publics ciblés :
 - o Offre pour les parents (soutien à la parentalité)
 - o Offre pour adolescents (hôpital de jour, consultation spécialisée...)
 - o Unités de crise pour adolescents et adultes

- Offre pour personnes âgées
 - Offre pour personnes en situation de précarité
 - Offre pour addictions
- Offre somatique avec le Centre régional douleur et soins somatique en santé mentale et autisme, polyhandicap et handicap génétique rare, auquel s'ajoute une offre buccodentaire (Appolline).

Malgré la diversité de l'offre, les participants ont souligné le manque ou un besoin de renforcement, de certaines structures sur le territoire, au regard de la demande et caractéristiques du territoire :

- Structures de type CMP dans le Sud-Essonne
- Offre d'aval en sortie d'hospitalisation (handicap vieillissant, adolescents, jeunes adultes...)
- Offre existante pour les publics spécifiques, dont les moyens restent insuffisants
- Etablissements adaptés (IME, CAMSP...).

Le département manque d'un certain nombre d'offres de soins spécialisés de niveau 2. En effet, il n'existe par exemple pas de structure dédiée au diagnostic des TSA.

Les professionnels ont un manque d'information sur l'existence des centres experts, ce qui impacte l'orientation et la prise en charge des patients. Le recours aux centres expert et l'articulation de la prise en charge avec ce dernier ne sont pas fluides, lorsque les solutions de première ligne sont insuffisantes.

D'autres dispositifs fonctionnent avec des moyens non pérennes et demandent à s'inscrire durablement dans l'offre de prise en charge essonnienne. Les consultations de victimologie et psychotraumatisme sont notamment citées. Les acteurs constatent que la tendance actuelle veut que le renforcement des moyens soit ciblé pour de nouvelles missions au sein des structures déjà existantes.

2.2 Démographie des professionnels

Les participants ont souligné la problématique de la démographie des professionnels. En effet, le territoire fait face à une insuffisance de professionnels de santé intervenant en santé mentale, notamment les psychiatres hospitaliers et libéraux. Cela entraîne des difficultés d'accès aux soins.

Les participants dénoncent l'impact délétère de la récente réforme de l'internat sur la présence d'internes en Essonne, pourtant clé pour renouveler les équipes médicales en place et favoriser l'installation durable de futurs médecins dans le département. Actuellement, l'Essonne apparaît

comme un territoire dont les atouts sont trop méconnus, ce qui a un impact sur l'attractivité pour les médecins.

D'autres spécialités médicales ou professions sont également concernées par une démographie défavorable et hétérogène sur le territoire : médecins généralistes, médecins addictologues, orthophonistes...

2.3 Modalités d'accès aux soins et parcours

Les membres du groupe soulignent la réponse globalement réactive et souple des services de soins psychiatriques et l'existence de prises en charge adéquates sur le territoire, ce qui est fragilisé par la problématique de démographie des professions de santé en Essonne, entraînant des difficultés liées à des temps d'attente.

De plus, le territoire dispose d'équipes mobiles réactives facilitant l'accès aux soins et la prise en charge de publics spécifiques. Afin d'étoffer l'offre du territoire, il existe un projet de développement des téléconsultations de psychiatrie (télépsychiatrie) qui permettraient de faciliter le lien avec le patient depuis son domicile, dans une logique « d'aller vers ».

Néanmoins, les participants ont relevé que des difficultés demeurent dans l'accès aux soins.

Les délais trop longs de prise en charge en CMP ou CMPP peuvent être un frein, voire un motif de rupture dans le parcours de soins des patients. La saturation des structures de service public est aggravée par la méconnaissance de l'offre de santé par les patients, et parfois les professionnels, ce qui est vecteur d'erreurs dans l'orientation des individus. Le groupe a également soulevé l'absence de possibilité de prise de rendez-vous en ligne, notamment pour les CMP.

Dans le parcours de soins, une des difficultés réside dans le manque d'alternatives aux structures de type CMP et au manque de solution d'aval. L'exemple de difficultés dans la prise en charge à la suite du repérage réalisé par les médecins traitants ou en consultation infirmière de prévention (CIPE) est cité. Globalement, les défauts d'information, concernant l'offre de soins et le parcours, des professionnels et des usagers nuit également au bon déroulé de la prise en charge. Les participants soulèvent l'absence d'une plateforme d'écoute 24h/24 pour les personnes en souffrance psychique, qui permettrait d'orienter et faciliter l'accès aux soins.

Certains patients peuvent rencontrer des difficultés à accéder en autonomie aux soins ambulatoires du fait de difficultés à se déplacer et de l'absence de personnel accompagnant. Ils peuvent encore rencontrer des difficultés à accéder à certains professionnels de santé. Tel est le cas pour les psychologues avec l'absence de possibilité d'accès direct aux consultations, doublée d'un non remboursement par la sécurité sociale.

La CNAMTS, en association avec le Ministère de la Santé, mène actuellement une expérimentation de prise en charge de la psychothérapie pour les patients présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée, destinée à apporter un appui et une aide aux médecins traitants pour la prise en charge de ce type de population.

Une seconde expérimentation, menée notamment en Ile-de-France, vise à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, s'inscrivant dans le plan d'actions « bien-être et santé des jeunes » avec l'objectif de réduire cette souffrance chez les jeunes de 11 à 21 ans par l'amélioration des parcours de santé et une meilleure coordination des acteurs de santé mentale.

Le groupe de travail souhaite que le département de l'Essonne puisse bénéficier de ces expérimentations, au vu de la démographie des professionnels de santé sur le territoire et des problématiques identifiées en termes de coordination ville-hôpital.

2.4 Formation

Les participants ont souligné un besoin de sensibilisation, de formation complémentaire adaptée et d'actualisation des connaissances pour tout type de professionnels de santé dans le domaine de la santé mentale. Certains acteurs peuvent se sentir dépourvus devant certaines pathologies psychiatriques spécifiques (détresses parentales, périnatalité, ethnopsychiatrie ou psycho-traumatisme...) et sur les dispositifs existants pouvant entraîner d'importantes difficultés d'accès aux soins et dans le parcours.

De plus, concernant l'ethnopsychiatrie ou le psychotraumatisme, les établissements autorisés en psychiatrie se sont progressivement formés à ces démarches. L'EPS Barthélemy Durand dispose d'une équipe mobile de psychiatrie transculturelle, en place depuis 2016 en lien avec l'Hôpital Cochin.

2.5 Parcours sans rupture, comorbidités et facteurs aggravants

L'articulation avec les médecins traitants est primordiale pour éviter les ruptures. Si le lien peut être difficile, les acteurs constatent des progrès sur certains points, tels que le dispositif règlementaire de la lettre de liaison qui doit être mis en œuvre et la présence de médecin généraliste dans plusieurs services de psychiatrie. Cela vient favoriser la continuité des soins des patients souffrant de troubles psychiques avec comorbidités.

Les acteurs considèrent l'offre de soins somatique de proximité et de recours comme « complète », grâce à l'implantation MCO dans le département, pour orienter les personnes souffrant de troubles psychiques avec comorbidités somatiques. Pour autant, il existe des difficultés d'accès aux soins somatiques (ophtalmologiques, buccodentaires, imagerie, laboratoire d'analyse...) pour les

personnes en situation de handicap car des médecins refusent de les prendre en charge ou n'organisent pas un accès différencié, comme en attestent les statistiques d'accès aux soins fournies par Handidactique (en application de la Charte Romain Jacob). Ces difficultés d'accès sont notamment liées à la stigmatisation des individus souffrant de problèmes psychiques.

Une offre somatique spécifique existe, par ailleurs, avec le Centre régional douleur et soins somatique en santé mentale et autisme, polyhandicap et handicap génétique rare.

Certaines maladies ou situations présentent un risque accru de rupture dans le parcours. C'est le cas notamment des personnes âgées ou des personnes présentant des troubles du spectre autistique. En conséquence, le département s'est doté de MAIA et du DITSA/DIH (dispositif intégré pour personnes handicapées), dans lesquels les gestionnaires de cas permettent d'éviter les ruptures de parcours.

Le groupe de travail a constaté la complexité et la difficulté de prise en charge des problèmes mixtes ou de situations dites « complexes ». L'association des troubles psychiques aux problèmes médicaux et sociaux risque d'aboutir à un parcours chaotique et morcelé.

La comorbidité addictologie/psychiatrie représente un risque important de rupture lorsqu'elle n'est pas prise en compte. Sur ce sujet, les différents acteurs, nombreux, doivent se coordonner (CSAPA, médecine de ville, soins somatiques et psychiatrique...).

Par ailleurs, l'arrêt du traitement par un patient est véritablement problématique. Les professionnels se sentent démunis dans leurs possibilités d'action lorsque le cas se présente. A ce sujet, le groupe de travail relève l'importance de favoriser l'intervention des soignants pour une meilleure compliance dans le suivi des traitements.

Axe 3 : Prises en charges inadéquates

3.1 Enfants, adolescents et jeunes adultes

Pour le public adolescents / jeunes adultes, des lieux d'accueils existent (MDA 91, PAEJ, mission locale...), avec ou sans rendez-vous, mais sont à consolider. Des mineurs sont pris en charge dans des établissements ou services pour adultes, faute d'autre solution, ce qui se révèle très traumatisant pour les adolescents.

Pour les périodes dites de « transition » entre l'enfance et l'adolescence et entre l'adolescence et l'âge adulte, le risque de prise en charge inadéquate est relevé, du fait de difficultés de coordination des acteurs. A noter que les CSAPA proposent des consultations dédiées aux jeunes consommateurs (CJC) adaptées à cette période de transition. Le centre de référence pour adolescents et jeunes adultes (CSAJA) de l'EPS Barthélemy Durand offre des consultations spécialisées dans le dépistage et l'intervention précoces pour les troubles émergents chez les 16-25 ans. Le GHNE a commencé le

déploiement d'un dispositif de prise en charge pour les 14-25 ans incluant prévention, consultations et suivi avec une équipe mobile de liaison et d'intervention précoce.

3.2 Handicap / Troubles du Spectre de l'Autisme

L'offre de prise en charge autour du Trouble du Spectre de l'Autisme est insuffisante sur le département de l'Essonne. L'absence d'offre de diagnostic spécialisé de l'autisme en Essonne rend difficile l'accès au diagnostic TSA et représente une inégalité majeure pour les Essonnais.

Il existe un dispositif intégré sur l'autisme DITSA (dispositif intégré troubles du spectre autistique), qui s'est transformé en s'élargissant au champ du handicap, dont la nouvelle appellation est le Dispositif intégré handicap (DIH). Ce dispositif permet de mettre en lien les acteurs concernés par le champ de l'autisme et du handicap, faire émerger des problématiques et y apporter des réponses. En parallèle, la mission de gestionnaire de cas du dispositif permet de trouver des solutions notamment pour les cas complexes. Il existe une expérimentation d'inclusion en milieu ordinaire qu'il faut faire évoluer et accompagner.

Des prises en charge inadéquates résultent de l'importance du délai de traitement des dossiers MDPH qui retarde la prise en charge, en particulier pour les enfants.

Le département manque de structures, de services de prise en charge et de structures médico-sociales pour les patients lourds et adultes. La carence de places amène à maintenir des personnes dans des établissements inadaptés (amendement Creton). C'est le cas notamment d'adultes présents dans les IME. De plus, l'Essonne affiche un équipement déficitaire en matière d'accompagnement des Troubles du spectre de l'autisme sur le secteur de l'enfance, notamment concernant les IME.

A noter que dès l'apparition de comportements à problèmes chez un individu, le parcours peut devenir chaotique du fait du rejet observé chez les familles et dans les structures d'accueil. Le Centre régional douleur et soins somatique en santé mentale et autisme, polyhandicap et handicap génétique rare de l'EPS Barthélemy Durand vise à explorer les causes somatiques du comportement problème. A noter l'ouverture d'une unité d'accueil et de transition pour personnes présentant des situations complexes de TSA pour adultes de 6 places à la MAS Le Ponant de l'EPS Barthélemy Durand à l'horizon 2021. Cette offre de recours s'adressera à trois départements, dont l'Essonne et sera articulé avec l'USIDATU de la Pitié Salpêtrière et l'UMI Ouest.

3.3 Personnes âgées

Il est constaté des prises en charge inadéquates de personnes âgées présentant une problématique psychique. Les gestionnaires de cas gèrent le suivi post urgence mais le suivi et les soins de la personne âgée au domicile sont difficiles : allers-retours aux urgences de proximité répétés, manque

de coordination et d'information sur l'accès aux soins spécifiques et accompagnements, accès à une prise en charge psychiatrique des personnes âgées vivant en EHPAD

Un bon maillage des MAIA est constaté en Essonne. L'équipe mobile de psychiatrie de sujet âgé (EMPSA) de l'EPS BD intervient sur tout le département afin de faciliter l'accès aux avis et aux soins psychiatriques auprès de ce public.

Le groupe de travail a par ailleurs relevé le manque de structures pour accueillir les personnes avec handicap vieillissant.

3.4 Addictologie

Le groupe de travail a noté une insuffisance de la prise en charge des addictions et des comorbidités psychiatriques.

En offre ambulatoire, les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) maillent le territoire, même si la couverture n'est pas homogène dans le département. Des réunions inter-CSAPA initiées par l'EPS BD, analysent l'offre de soins et coordonnent leurs actions au niveau départemental. Il est constaté que les CSAPA rencontrent des difficultés croissantes à répondre à la demande et que les consultations d'addictologie spécifiques pour les jeunes consommateurs (CJC) demandent à être renforcées. L'articulation et la complémentarité demandent à être accentuées entre les CSAPA et les CMP.

Les usagers de drogues souffrent de stigmatisation. Ils sont autonomes mais dépendants de traitements qui pourraient être relayés sur des prises en charge libérales. Or, peu de médecins acceptent ce suivi car ils se représentent ce type de population comme violente. Ceci a un impact direct sur le suivi des patients.

L'offre hospitalière est très faible en Essonne en addictologie et sera prochainement renforcée pour des lits de sevrage complexe pour la population avec une comorbidité psychiatrique. Ceci viendra compléter l'offre de consultations spécialisées et l'offre de soins de réadaptation.

Par ailleurs, le réseau des acteurs en addictologie (RESAAD) joue un rôle dans l'évaluation d'adultes en situation complexe. Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD), grand réseau de santé national sans équivalent en Europe, est quant à lui très dynamique.

Axe 4 : Réhabilitation /Insertion /Inclusion

4.1 Déstigmatisation

Les maladies psychiatriques restent largement taboues en France. La stigmatisation est extrêmement forte envers l'univers de la santé mentale et constitue un véritable frein dans l'accès aux soins (refus de se faire soigner), la prise en charge (difficulté d'adhésion aux soins), la réhabilitation et l'insertion des individus. « La stigmatisation fait oublier les compétences de la personne » et cela est principalement lié à un défaut d'information et de formation et à une « peur de l'inconnu et de la différence ».

La stigmatisation est également constatée chez certains publics, comme les patients souffrant d'addictions, les usagers de drogues ou les handicapés.

Un travail de déstigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique est réalisé à l'occasion des semaines d'information en santé mentale (SISM), dont se saisissent de nombreux acteurs : collectivités territoriales, associations, établissements sanitaires, ASV, CLS et CLSM.

Sur certains territoires, la déstigmatisation est favorisée par un travail interprofessionnel entre des professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale et des professionnels « éloignés ». L'exemple de psychiatres associés aux réflexions menées dans le cadre de la politique de la ville a été cité.

4.2 Scolarité et insertion professionnelle

Le territoire dispose d'une diversité de structures et de services permettant la poursuite de la scolarité et l'insertion professionnelle :

- Des Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), notamment au nord du département accompagnent et favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie ;
- Une expérimentation d'inclusion de personnes présentant des troubles du spectre autistique en milieu ordinaire est en cours ;
- Un foyer d'accueil de jour et d'orientation socioprofessionnelle « KEOPSE » à Etrechy apporte une aide à l'insertion professionnelle pour des personnes reconnues aptes au travail par la Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- Des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) proposent aux adultes handicapés un travail adapté à leur handicap. Le rôle des ESAT est salué : l'articulation avec les foyers de vie permet un parcours de vie facilité pour les individus. Des dispositifs innovants existent en

la matière. L'association L'ADAPT Essonne dispose d'un ESAT « hors les murs » qui accueille des travailleurs handicapés souffrant d'un handicap cognitif, avec pour objectif de faciliter le passage du milieu protégé à un emploi pérenne en milieu ordinaire de travail. L'association EPNAK propose des dispositifs particuliers pour l'inclusion de personnes handicapées présentant des troubles psychiques ;

- Des centres de rééducation professionnelle (CRP) accompagnent au travail vers le milieu ordinaire via une formation qualifiante et la possibilité d'être rémunéré ;
- Le dispositif d'emploi accompagné « ACCESSYL » permet aux personnes en situation de handicap de garder leur emploi dans le milieu ordinaire du travail par le biais d'un accompagnement médico-social et d'un soutien à l'insertion professionnelle ;
- Des dispositifs « Duoday » proposent aux entreprises et administrations d'accueillir durant une journée une personne en situation d'handicap en duo avec un salarié volontaire. L'objectif est de dépasser les préjugés et d'avancer vers l'inclusion.

En matière de scolarité, les acteurs soulignent le manque de prise en charge médico-sociale à l'école et un manque de lien entre les structures spécialisées et l'Éducation nationale. Ils rencontrent également des difficultés à mettre en place des prises en charge séquentielles (école, travail à temps partiel) et évoquent une problématique de transports non pris en charge par la CPAM. Les démarches d'inclusion à l'école sont longues et parfois difficiles. Elles font émerger des cas d'« enfants sans solutions ».

Les missions locales travaillent à l'insertion sociale et professionnelle des 16-25 ans (âge privilégié de l'éclosion de nombreux troubles psychiatriques) sortis du système scolaire. Elles se situent donc au passage de l'adolescence vers le début de l'âge adulte. Elles accueillent des adolescents en rupture de soins à ce moment charnière. Elles peuvent être des lieux de référence dans le parcours de jeunes hommes et jeunes filles. Les individus concernés par la maladie mentale ont des difficultés à bénéficier des services de ce dispositif, notamment du fait du manque de possibilités d'accueil sans rendez-vous. De plus, l'articulation du travail des missions locales avec les autres acteurs du parcours de vie (soins, logement, emploi...) est à parfaire.

Les délais d'accès aux places ESAT sont importants (jusqu'à 3 ans). Au sein de ces structures, un manque de place en temps partiel est constaté.

Pour les travailleurs fragilisés, notamment pour les travailleurs d'ESAT, une difficulté à s'insérer/retourner vers le milieu ordinaire est constatée. Ils sont victimes d'une importante stigmatisation et la mise en place de dispositifs d'aménagement est souvent complexe (télétravail, aménagement horaire...). Il manque des possibilités d'articulation et d'aller-retour entre le travail en

milieu protégé et en milieu ordinaire, qui se connaissent peu. Leur insertion professionnelle est également rendue difficile par la lenteur des processus administratifs et par l'évolution du dispositif réglementaire concernant les travailleurs handicapés (suppression de l'avantage fiscal). Il est aussi soulevé que trop peu de passerelles existent entre les structures du handicap et les structures d'insertion (activité économique).

Finalement, les acteurs soulignent que, que ce soit dans le milieu scolaire ou professionnel, le maintien en milieu ordinaire est essentiel pour prévenir la stigmatisation. L'implication des aidants et de la famille dans la sphère professionnelle est également jugée importante car ils sont à l'écoute des difficultés des individus et jouent un rôle dans le parcours de vie.

4.3 Insertion sociale

Le territoire dispose de nombreux acteurs de réinsertion sociale et professionnelle.

Il existe notamment des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) à destination du public présentant un handicap psychique. Les SAVS proposent des interventions faisant intervenir différents professionnels sur des missions spécifiques : logement, soins, emploi, formation... Ils travaillent en partenariat avec les structures telles que les « résidences autonomie ».

Il existe des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) à Évry, Sainte-Geneviève-Des-Bois, Morsang-Sur-Orge, Etampes et Palaiseau et des maisons relais pour un total de 9 dispositifs sur le territoire. A noter que certains territoires sont encore éloignés de ces dispositifs, les rendant difficile d'accès aux individus.

Un club House situé à Paris (Association Clubhouse de France), lieu d'activités de jour non médicalisé, a été créé pour et avec des personnes fragilisées par les effets de troubles psychiques. Il permet d'améliorer la qualité de vie des personnes fragilisées par un trouble psychique, de faciliter leur socialisation et leur insertion professionnelle.

D'autres acteurs ont été relevés comme jouant un rôle dans la réinsertion sociale : les Maisons de l'Autonomie (MDPH) et les Centres d'initiation au travail et au loisir (CITL) favorisant un retour dans le milieu ordinaire.

Un Centre Ressource Île-de-France pour les personnes concernées par les troubles psychiques (CEAPSY) donne accès à l'information afin de faciliter la vie des personnes souffrant de troubles psychiques, de leurs proches mais aussi des professionnels qui sont à leur contact.

Les acteurs notent l'importance d'élaborer un projet de réinsertion au préalable de toute démarche et rappellent les difficultés auxquels ils sont confrontés quotidiennement : stigmatisation, difficultés

à trouver des solutions en lien avec des difficultés liées à la mobilité ou manque de solutions numériques, manque de suivi du projet de vie.

Les acteurs soulignent l'importance de la remédiation cognitive et la réhabilitation psychosociale permettant, de maintenir et développer les capacités de la personne pour une insertion sociale.

Le groupe de travail a constaté le manque de structures/organismes adaptés pour prendre en charge au quotidien des personnes en souffrance psychiatrique, nuisant à la réinsertion sociale des individus :

- Insuffisante couverture des SAVS permettant un projet de vie en milieu ordinaire,
- Existence d'un seul service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) à Évry, soit une offre très inférieure à la moyenne régionale et nationale. De plus, ce SAMSAH ne s'adresse pas aux personnes avec troubles psychiques.

A été constaté également l'isolement des travailleurs sociaux qui s'épuisent à apporter des solutions sociales aux personnes souffrant de troubles psychiques.

4.4 Logement

Afin de favoriser l'autonomie et la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques, un dispositif d'habitat inclusif existe sur le département orchestré notamment par l'association ALVE. Cette dernière propose des petites unités non médicalisées en lien étroit avec les équipes des secteurs psychiatriques. Elles comportent également 2 ou 3 places d'accueil temporaire et de répit à disposition des familles.

Les acteurs relèvent l'utilité du guide « l'habitat inclusif » réalisé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le territoire dispose également de « résidences accueil », de « résidences autonomies » (ex foyers logements) pour les personnes en situation de handicap et de pensions de famille.

Pour favoriser l'accès au logement des personnes, certains bailleurs du territoire sont formés à la question de la maladie mentale et participent à la réflexion au niveau local, notamment dans les CLSM. Les acteurs ont par ailleurs constaté un manque de communication entre les bailleurs et les travailleurs sociaux, et l'absence de dispositifs de coordination entre les différentes structures d'hébergement. Ils regrettent également l'absence d'innovation en matière de logement.

Si les dispositifs existent, les chiffres indiquent une densité de logement accompagné en Essonne près de deux fois inférieure à la moyenne nationale (11,9 en Essonne en 2014 contre 22 en France et 19, 2 en Ile-de-France). Le groupe de travail a souligné le manque d'offre en logements adaptés permettant l'autonomisation, telles que les pensions de famille, les résidences accueil et les foyers

de vie. Cette dernière problématique conduit à une orientation vers des structures en Belgique. A été également noté la baisse de l'offre d'appartements thérapeutiques associatifs ou hospitaliers.

Enfin, le Sud-Essonne manque d'attractivité auprès des personnes en recherche d'une solution de logement du fait des difficultés de desserte en transports en commun en grande couronne.

4.5 Tutelle

Les acteurs soulignent l'importance du rôle des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM). Ils sont partie prenante dans la prise en charge des majeurs protégés suivis en psychiatrie en matière de réinsertion et d'inclusion.

En revanche, les acteurs ont souligné l'insuffisance des associations de tutelle/curatelle : le nombre de mesures dévolues à chaque MJPM est jugé trop important, ce qui entraîne un turn-over défavorable aux patients. Des services de MJPM de certains hôpitaux et EHPAD ont d'ailleurs fermé ou diminué leurs effectifs. Cela a des conséquences telles que le non-respect des droits fondamentaux, des libertés individuelles, de la citoyenneté et de la dignité des personnes. Il est toutefois relevé que leur nombre a augmenté au sein de l'EPS Barthélemy Durand.

4.6 Remédiation cognitive/ réhabilitation psychosociale

Le groupe de travail a constaté l'émergence et la structuration de l'offre de prise en charge de remédiation cognitive/réhabilitation psychosociale (dont l'éducation thérapeutique), sur le département. Les acteurs sont de plus en plus nombreux à être formés.

La réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive sont des thématiques historiques à l'EPS Barthélemy Durand : dès 1970, l'établissement a développé des structures intersectorielles novatrices pour la réinsertion sociale et professionnelle des patients psychotiques au long cours (site des Mares-Yvon à Sainte-Geneviève-des-Bois). Les réponses sectorielles en la matière sont nombreuses et parfois anciennes, et les structures intersectorielles pour adultes sont parmi les quelques structures en France qui utilisent plusieurs outils de remédiation cognitive, adaptés à différents types de pathologies. Au sein de l'établissement, de très nombreux personnels sont formés à différentes méthodes, y compris par des équipes de référence (CHSA, HCL, Le Vinatier...).

Membre de l'association francophone de remédiation cognitive, l'EPS Barthélemy Durand complète ces méthodes par ses outils propres comme Media Cognition (entraînement cognitif et enrichissement culturel), présentés lors de congrès de référence. Engagé dans la recherche, l'établissement participe notamment à une recherche multicentrique coordonnée par l'équipe de référence des HCL avec neuf centres investigateurs et développe un projet d'évaluation infirmière.

L'offre riche de remédiation cognitive de l'EPS Barthélemy Durand est non coordonnée à ce stade et de ce fait, encore peu visible sur le territoire.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient autorisée par l'ARS, plusieurs programmes existent en Essonne sur le thème de l'addiction (voir plus haut), des adolescents⁵¹, de la schizophrénie⁵² et des troubles bipolaires⁵³. A ceci s'ajoutent des démarches de psychoéducation concernant la prévention du suicide et la psychose émergente chez les adolescents et les jeunes adultes à l'EPS Barthélemy Durand et une démarche à destination des adolescents et jeunes adultes au GHNE.

Par ailleurs, il a été mis en place à l'EPS Barthélemy Durand, un programme « Profamille » destiné aux familles essonniennes pour leur permettre d'apporter une aide plus précise à leur proche souffrant d'un trouble psychique.

Plusieurs autres projets pour les patients et leurs aidants sont en cours :

- Projet de développement d'un atelier pour les aidants au GHNE,
- Outil de réalité virtuelle à l'EPS BD en lien avec la faculté Paris Sud à destination des aidants dans le cadre d'un premier épisode psychotique,
- Projet « baromètre » à l'EPS Barthélemy Durand avec le CHU de Sherbrooke concourant au développement de l'empowerment du patient. Il s'agit d'un outil d'intervention clinique numérique et collaboratif qui vient mesurer la qualité de vie au cours du processus de rétablissement.

Néanmoins, le groupe de travail considère que les outils de réinsertion et de réhabilitation sociale sont insuffisamment structurés en Essonne. Il n'existe pas de structures de réhabilitation/réinsertion identifiées qui prendrait en charge les patients de façon systématique à leur sortie de l'hôpital. Un centre « support » Essonnien disposant d'une expérience solide et reconnue en soins de réhabilitation psychosociale pourrait être reconnu. L'offre et les possibilités d'accès aux outils de réhabilitation, remédiation cognitive et à l'ETP sont non homogènes sur le territoire, alors qu'elles constituent un véritable moyen de prévention des rechutes et de la désinsertion en améliorant la qualité de vie et diminuant la fréquence/durée des hospitalisations et les prescriptions médicamenteuses.

⁵¹ programme d'ETP dédié aux troubles psychiques de l'adolescence de la clinique Château du Bel Air à Crosnes

⁵² 3 programmes d'ETP départementaux portés par l'EPS Barthélemy Durand à destination des patients schizophrènes et leurs aidants co-construits avec les associations Schizo oui et l'UNAFAM et 1 programme d'ETP au GHNE

⁵³ programme d'ETP départemental porté par l'EPS Barthélemy Durand à destination des patients bipolaires et leurs aidants co-construit avec l'association Argos 2001

Les acteurs ont également relevé un manque de « case managers » ou « gestionnaires de cas » chargés de la coordination et du décloisonnement des acteurs et du parcours de réhabilitation du patient, agissant ainsi sur le pouvoir d’agir, l’insertion et l’autonomie des individus.

4.7 Accès aux droits

Il existe sur le département des dispositifs de permanence d’accès aux soins de santé (PASS) hospitalière permettant une prise en charge médicale et sociale des personnes en difficulté (absence de protection sociale, conditions de vie difficiles, difficultés financières...). Le CHSF, le GHNE et l’EPS BD disposent d’une PASS.

De plus, il existe les dispositifs « droits sociaux » de droit commun : allocation aux adultes handicapés (AAH), aides au logement, revenu de solidarité active (RSA)... Le groupe de travail a relevé des difficultés d’accès aux droits, notamment lié à des délais importants d’ouverture ou de renouvellement des droits à l’AAH. Les liens entre les différents acteurs (CCAS, CPAM, champs sanitaire, social et médico-social) ayant un rôle à jouer dans les dossiers sont également sources de difficultés pour l’instruction des dossiers, tels que ceux d’accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et de l’aide médicale d’État (AME).

4.8 Précarité/ Personnes sans domicile et migrants

Uniques en France et portées par le conseil départemental, il existe des consultations infirmières de prévention (CIPE) à destination des personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité en Essonne. Les consultations travaillent en articulation avec de nombreux acteurs : missions locales, maisons départementales des solidarités, foyers de migrants... Elles ont vocation à assurer un suivi médical et social. Elles donnent satisfaction : elles accueillent beaucoup de personnes bénéficiaires du RSA et ont un rôle important dans le dépistage et la vaccination.

Le territoire est par ailleurs doté d’une équipe mobile précarité départementale (DIAPSY/DIAPASOM) portée par l’EPS Barthélemy Durand qui permet aux personnes les plus démunies (personnes sans domicile, individus en situation d’exil...) d’avoir un accès aux soins psychiatriques et somatiques. Les moyens de l’équipe mobile semblent insuffisants pour couvrir les besoins croissants du territoire.

Il a été relevé que la problématique de l’interprétariat devient croissante. A noter que les structures de prise en charge des migrants rencontrent toutefois des difficultés, notamment liées à la problématique de financement.

Des difficultés d’accès aux soins subsistent pour ces populations précaires. La médiation en santé, vouée à favoriser l’accès aux droits et aux soins des populations précaires est insuffisamment développée.

La prise en charge des personnes issues d'un parcours migratoire avec psychotraumatisme est complexe : le parcours de soins, notamment pour la prise en charge des psychotraumatismes, et le parcours d'hébergement sont jalonnés de ruptures. Les acteurs rencontrent des difficultés à trouver des relais ou à orienter les personnes vers des structures adéquates.

4.9 Vie affective et sexuelle

La prise en compte de la vie affective et de la sexualité des personnes présentant des troubles psychiques est de mieux en mieux reconnue par les professionnels, comme dimension à prendre en compte et à articuler à la prise en charge sanitaire et sociale de chaque individu.

D'autre part, les acteurs regrettent que cette thématique ne soit pas abordée dans leur formation initiale et que les formations existantes proposées soient très globales et ne s'adressent pas spécifiquement aux professionnels. Petit à petit, des acteurs sont d'ailleurs formés sur cette question de la vie affective et sexuelle. A noter que le Comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et à la sexualité (CDCESS) de l'Essonne organise des journées thématiques sur ce sujet.

Cependant, les acteurs ont noté que persiste un tabou autour du sentiment d'amour, de la vie affective et sexuelle dans les institutions et les hôpitaux. Il existe des blocages, une résistance dans les débats possiblement liés à des raisons d'ordre culturel. Il convient de concilier ces considérations avec la protection des personnes vulnérables (consentement, impact du traitement...). Il reste ainsi nécessaire d'améliorer et homogénéiser les connaissances et les pratiques afin de garantir le respect des droits et de la dignité des personnes souffrant de maladie et de handicap psychique.

PLAN D' ACTIONS DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DE L'ESSONNE : ORIENTATIONS ET FICHES ACTIONS

Orientation 1 : Inégalité territoriale et attractivité du département de l'Essonne

Orientation 1 : Inégalités territoriales/attractivité du département de l'Essonne

Fiche action N°1 : Réduction des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques

Objectif stratégique :

Le projet régional de santé s'inscrit dans le cadre de la politique nationale en matière de santé et décline la stratégie nationale de santé pour 2018-2022, dont une des priorités consiste à lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Devant l'hétérogénéité de l'offre de santé, le PRS préconise, dans son axe 2 (*Prioriser les moyens en fonction des besoins*), une priorisation forte de l'allocation des ressources qui « impliquera des redéploiements de moyens importants, notamment au profit de la grande couronne et de la Seine-Saint-Denis s'agissant des moyens sanitaires. Elle impliquera également d'introduire dans les logiques de priorisation les caractéristiques sociales des populations concernées, y compris à l'échelle très locale pour les soins de premier recours. »

« Elle doit également tenir compte de la démographie de certaines professions critiques et, dans certains territoires, du rôle spécifique d'établissements de santé le plus souvent publics qui assument de faire une responsabilité populationnelle et territoriale globale, et justifie une approche différenciée en leur faveur. Ce rôle échoit globalement aux centres hospitaliers de la « grande périphérie » régionale. Certains territoires peuvent également connaître des spécificités sociales très particulières qui impliquent de prioriser les actions en matière de prévention (présence de prisons, bidonvilles, etc.). »

« Dans le cas de la démographie des professionnels, des réponses sur mesure doivent être construites, qui tiennent compte des enjeux d'attractivité globale du territoire. » Le lien avec les universités, la participation à la recherche, le lien avec des établissements ou équipes de référence via entre autres la télémédecine, l'exercice partagé entre plusieurs types de structures, les conditions d'exercice (facilité d'échanges de l'information, participation à des dynamiques territoriales, modernité des équipements, etc.) sont essentielles dans cette construction. Par ailleurs, les leviers directement à la main des pouvoirs publics (répartition des postes partagés, validation des terrains de stage, aides à l'installation ou à l'investissement) doivent être mobilisés en cohérence avec cette stratégie globale. »

De plus, le PRS indique que l'ARS Île-de-France souhaite « continuer à plaider auprès de ses partenaires institutionnels pour une meilleure prise en compte des sujets de conditions de vie et de transport des professionnels de santé dans l'élaboration des politiques publiques, afin d'attirer et de fidéliser les professionnels de santé en exercice. » (*Programme 2 : Ressources humaines en santé*)

Acteurs

ARS
Universités
Conseil régional
Conseil départemental
Services de l'Etat
(Préfecture/sous-préfectures)
Communautés
d'agglomération/communes,
Union des maires de l'Essonne
et CCAS
Ile-de-France mobilités
Organismes de la Sécurité
Sociale (CPAM, CAF)
Ordres
Ensemble des acteurs du
champ sanitaire, social et
médico-social

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

Action :

CONSTATS

Inégalité territoriale/attractivité du département de l'Essonne (grande couronne) : démographie des professionnels de santé (psychiatres, pédiatres, orthophonistes...), défavorables pour l'accès à la prise en charge en matière de santé mentale (CMP...)
Le taux de recours brut aux soins psychiatriques de l'Essonne est en effet inférieur de 24% par rapport à la moyenne régionale selon les données ARS 2016 (205 pour 10 000 habitants VS 269 pour la moyenne francilienne).
De plus, le PRS met en avant le fait qu'«au sein des franges des départements de grande couronne, l'offre sous tous ses aspects est concentrée dans des villes moyennes où elle est parfois fragile, notamment du fait de la démographie de certaines professions et du vieillissement accéléré de la population » (*axe 2, Prioriser les moyens en fonction des besoins*).

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Définir les moyens du PTSM de l'Essonne pour réduire les inégalités régionales notamment au niveau de la grande couronne conformément aux orientations du PRS
- Faire connaître et développer les atouts de l'Essonne pour soutenir l'attractivité du département et notamment le Sud-Essonne, afin de répondre aux enjeux préoccupants de la démographie des professionnels de la santé (notamment médicale)
- Développer l'innovation, les projets porteurs et attractifs pour les jeunes professionnels de la santé
- Développer et encourager des initiatives telles que les infirmiers de pratiques avancées (notamment en CMP pour réduire les listes d'attente), la création d'une maison de l'orthophonie, le développement des téléconsultations, télé expertises...

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- Définir les moyens du PTSM de l'Essonne pour réduire les inégalités régionales notamment au niveau de la grande couronne conformément aux orientations du PRS
- Faire connaître et développer les atouts de l'Essonne pour soutenir l'attractivité du département et notamment le Sud-Essonne, afin de répondre aux enjeux préoccupants de la démographie des professionnels de la santé (notamment médicale)
 - Monter un groupe de travail afin d'engager un travail sur la démographie médicale avec l'AP-HP en s'appuyant sur la volonté de l'ARS d'agir sur ces problématiques d'inégalités dans le cadre de la mise en œuvre du PRS2
 - Augmenter le nombre d'internes en psychiatrie en Essonne pour anticiper le renouvellement des générations
 - Sécuriser et augmenter les agréments pour les internes dans le cadre de la récente réforme de l'internat

Echéances/Calendrier
2019/2024

- Favoriser la répartition des internes en fonction des inégalités territoriales
- Réformer l'internat en obligeant les internes à aller sur le terrain (grande couronne)
- ➔ Une mobilisation de tous les acteurs concernés (ARS, Ministère, Doyen de faculté, représentants des internes, Fédération Hospitalière de France, Conseil Départemental) est donc indispensable car la réforme de l'internat oblige à des stages en CHU au détriment de la psychiatrie de secteur et autres terrains de stage dans les structures agréées (il n'existe pas de CHU en Essonne et la formation des internes et des externes est portée par les psychiatres universitaires
- Améliorer la desserte des hôpitaux et/ou des structures offrant un service public à la population, en intégrant l'impact du Grand Paris
- Co-développer une stratégie d'attractivité spécifique au Sud Essonne avec l'ensemble des partenaires afin de maintenir l'accès aux soins dans les territoires rurbains/ruraux, en intégrant une politique commune pour l'installation familiale (transport, emploi du conjoint, école...)
- Co-développer et mettre en synergie les politiques de communication active des différents partenaires (région, département, communauté d'agglomération, acteurs de la santé...)
- **Développer l'innovation, les projets porteurs et attractifs pour les jeunes professionnels de la santé**
- **Développer et encourager des initiatives telles que les infirmiers de pratiques avancées (notamment en CMP pour réduire les listes d'attente), la création d'une maison de l'orthophonie, le développement des téléconsultations, télé expertises...**
 - Recenser les possibilités réglementaires offertes concernant les nouvelles missions des professionnels de la santé (pharmacien, infirmier, psychologue...)
 - Trouver des modalités afin de permettre le remboursement des prises en charge de psychologues libéraux pour certaines indications complémentaires à l'offre publique ou favoriser les prises en charge globales et pluridisciplinaires : l'Essonne souhaite pouvoir expérimenter, pour la durée du PTSM, la prise en charge par la Sécurité Sociale de la psychothérapie et le dispositif de prise en charge de la souffrance psychique des jeunes
La CNAMTS, en association avec le Ministère de la Santé, mène actuellement une expérimentation de prise en charge de la psychothérapie pour les patients présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée, destinée à apporter un appui et une aide aux médecins traitants pour la prise en charge de ce type de population.
Une seconde expérimentation, menée notamment en Ile-de-France, vise à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, s'inscrivant dans le plan d'actions « bien-être et santé des jeunes » avec l'objectif de réduire cette souffrance chez les jeunes de 11 à 21 ans par l'amélioration des parcours de santé et une meilleure coordination des acteurs de santé mentale.
 - Etudier la possibilité de création d'une maison de l'orthophonie
 - Développer et mobiliser les dispositifs de télémédecine, de télé-expertise ...

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Financement alloué au PTSM de l'Essonne afin de réduire les inégalités régionales
- Evolution du nombre d'internes
- Nombre de professionnels de la santé notamment les professions prioritaires (médecin généraliste, pédiatres, psychiatre, orthophoniste...)
- Bilan des actions d'Ile-de-France mobilité permettant d'améliorer la desserte des hôpitaux et/ou des structures offrant un service public à la population
- Nombre d'actions de formations pour développer les pratiques avancées, la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle (PRS)

Sources :

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

Feuille de route santé mentale et psychiatrie – janvier 2019

Projet régional de santé 2018-2022

Orientation 2 : Sensibiliser et former les acteurs intervenant dans le parcours de santé mentale, de soins et de vie

Orientation 2 : Sensibiliser et former les acteurs intervenant dans le parcours de santé mentale, de soins et de vie

Fiche action N°2 : Sensibiliser et former les acteurs pour décroiser et favoriser les convergences

Objectif stratégique :

Selon le code de la santé publique, le PTSM « s'appuie sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique ».

Par ailleurs, le Projet régional de santé préconise « d'élargir le champ de ceux qui repèrent : les professionnels du social, de l'habitat, de l'enfance et de l'éducation nationale, de la santé au travail, de l'insertion, doivent être les relais de premier rang des difficultés sociales et sanitaires des personnes avec lesquelles ils travaillent. Ils doivent être sensibilisés, lors de leur formation ou par des campagnes ad hoc, aux risques qui pèsent sur les publics avec lesquels ils sont en contact, et disposer d'outils adaptés et co-construits ».

Action :

CONSTATS

Besoin de sensibiliser et former les acteurs intervenant dans le parcours de santé mentale, de soins et de vie (repérage, crise psychiatrique, risque suicidaire...), plan de formation partagé entre les acteurs

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Décroiser et favoriser les convergences** en élaborant un plan de formation partagé entre les acteurs
- Créer une **instance départementale transversale** (universitaire, sanitaire, médico-sociale) pour coordonner et susciter une offre de formation en phase avec les besoins identifiés, en lien notamment avec les CPTS et autres modes d'exercice coordonnés
- **Dégager des moyens** pour permettre aux professionnels de la santé de maintenir à jour leurs compétences (MOOC, formations en soirée...)

Acteurs/Partenaires

CLS/CLSM
Education nationale
Pairs
Services du Département (ASE, PMI, ...)
Ville, Union départementale des Centres communaux d'action sociale et CCAS
Médecin généraliste, médecin du travail, MSP, CCSU, CPTS
Sage-femme libérale
Infirmiers
Aides-soignants
Bailleurs sociaux
Famille/aidant
Tuteurs, curateurs
AVS
CHRS, CPH
Structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle et l'emploi - Pôle Emploi, Maison de l'Emploi, structure d'insertion par l'activité économique
Services à domicile
SAMU, SOS médecins
Etablissements de santé
SDIS
Services de l'Etat (Préfecture ...)
Police nationale, gendarmerie nationale
Groupements de psychiatres libéraux
Sociétés de transport sanitaire

MODALITES DE MISE EN OEUVRE

- **Décloisonner et favoriser les convergences**, en élaborant un plan de formation partagé entre les acteurs : organiser des formations mutualisées entre partenaires, notamment sur les contenus et pour les publics suivants :
 - Intégration dans les **formations initiales** des professionnels de connaissances sur la maladie et le handicap psychique
 - Sensibilisation, formation au **repérage précoce**/actif et au **dépistage** des problématiques de santé mentale
 - des **acteurs de première ligne** (professionnels de l'éducation, professionnels de la petite enfance, sentinelles pairs, Conseil Départemental, PMIs, ASE, communes, CCAS, médecins, médecins du travail, MSP, psychologues, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, éducateurs spécialisés, bailleurs sociaux, personnels pénitentiaires...)
 - des **équipes qui accompagnent** (familles/aidants, tuteurs, curateurs, AVS, CHRS, Centre provisoire d'hébergement (CPH), structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle et l'emploi - Pôle Emploi, Maison de l'Emploi, structure d'insertion par l'activité économique, missions locales, services à domicile ...)
 - Sensibilisation, formation de l'ensemble des acteurs du **parcours de soins sous contrainte**
 - Sensibilisation, formation des professionnels du **secteur social, médico-social et psychiatrique** et des **aidants** (jeunes, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, psychotraumatisme, addictologie, TSA, risque suicidaire, phobies sociales)
 - Sensibilisation, information des acteurs sur le **secret professionnel** et la confidentialité pour aborder notamment les problématiques de partage d'informations avec les aidants mais aussi entre professionnels de la santé d'institutions différentes
- Créer une **instance départementale transversale** (universitaire, sanitaire, médico-sociale) pour coordonner et susciter une offre de formation en phase avec les besoins identifiés en lien notamment avec les CPTS et autres modes d'exercice coordonnés
 - Recensement et promotion de l'existant (catalogues de formations réalisées, dispositifs de formation promus par les différents acteurs)
 - Partager l'information sur le territoire, des événements et les manifestations organisées par les acteurs du territoire
- **Dégager des moyens** pour permettre aux professionnels de santé de maintenir à jour leurs compétences (MOOC, formations en soirée...)

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Taux de satisfaction des personnes formées
- Nombre de formations inter institutionnelles organisées

Nature des actions

Etudes

Information/communication

Concertation

Coordination

Création/mise en œuvre

Echéances/Calendrier

2020/2024

Orientation 3 : Entrée dans le parcours de prise en charge

Orientation 3 : Entrée dans le parcours de prise en charge

Fiche action N°3 : Repérage et intervention précoces

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la **priorité n°1** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles** ».

L'intervention précoce doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées.

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

Le décret PTSM interroge notamment sur :

- La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles (notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse...)
- L'accès le plus précoce possible aux diagnostics et aux soins psychiatriques pour prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap :
 - Le diagnostic : errance diagnostique, délais d'accès au diagnostic, méthodes conformes aux dernières données de la science...
 - Le diagnostic et prise en charge de l'autisme et des troubles neuro-développementaux
 - L'accès à un avis spécialisé et aux dispositifs spécifiques (au niveau départemental, voire hors département) pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes, pédiatres...

De même, le projet régional de santé souhaite faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations. De plus, il préconise la mise en place d'actions d'information et de soutien psychologique pour les frères, sœurs et enfants des personnes touchées par des maladies psychiatriques chroniques, ainsi que de soutien à la parentalité pour les parents souffrant d'une maladie mentale.

La stratégie nationale autisme a notamment prévu la mise en place d'un forfait d'intervention précoce en libéral

Acteurs

CMP/CMPP/CAMPS
Centres de référence et consultations spécialisées
EPSBD/CHSF/GHNE
ARS
Services du Département (Conseil Départemental, MDPH, PMIs, ...)
Education Nationale
Centres communaux d'action sociale (CCAS)
MDS/ MDA 91
Représentants des usagers
UNAFAM
CLS/CLSM
Acteurs de premier recours
Professionnels libéraux
Structures médico-sociales
DIH/CRAIF
DIAPSY/PASS
Maternités (ETS de santé)
Réseau périnat IDF
Services de l'Etat (DDCS, Préfecture, ...)
Organismes de la Sécurité Sociale (CPAM, CAF)
UDAF
Organismes complémentaires en santé
Entreprises, santé au travail, MEDEF/CPME, organisations syndicales
Collectivités locales (communes et EPCI) et leurs associations (UME, AMR)

Action :

CONSTATS

Problématique d'accès/insuffisance des ressources pour le diagnostic spécialisé précoce dans l'Essonne (périnatalité, TSA, dys-, psychotraumatisme, psychiatrie transculturelle, addictions...) et d'accompagnement après le diagnostic.

L'errance diagnostique, le diagnostic tardif des troubles psychiques et les difficultés d'accès à un suivi psychiatrique sont à l'origine de pertes de chance pour les personnes concernées. Il convient de prévenir le handicap et d'éviter la chronicisation qui dégrade fortement la qualité de vie des personnes et génère un coût très important pour la collectivité.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Valoriser l'expertise de niveau 2 du département pour limiter les taux de fuite : création de centres de référence ou de structures de niveau 2 dans l'Essonne, développement de structures de diagnostic précoce et coordination avec les centres de niveau 3**
- **Créer un centre de diagnostic autisme dans l'Essonne en lien avec l'ARS, le Conseil Départemental, le Dispositif intégré handicap (DIH) (ex dispositif intégré des troubles du spectre autistique/DITSA), le CRAIF et l'EPS Barthélemy Durand, en tenant compte des inégalités territoriales**
- **Développer l'accompagnement à la parentalité et la périnatalité**

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Valoriser l'expertise de niveau 2 du département pour limiter les taux de fuite : création de centres de référence ou de structures de niveau 2 dans l'Essonne, développement de structures de diagnostic précoce et coordination avec les centres de niveau 3**
 - Valoriser/organiser le rôle de premier accès aux soins spécialisés assuré par les CMP ainsi que les CMPP et les CAMSP
 - Articuler les consultations spécialisées/centres de référence ou structures de niveau 2 avec les acteurs de premier recours : « faciliter les partenariats entre les équipes de soins et d'accompagnement social et médico-social de proximité et les centres de référence afin de permettre le recours à un avis diagnostique sur les situations complexes ainsi que la diffusion de l'expertise et des bonnes pratiques professionnelles » (Source PTSM Ministère). Par exemple, en envisageant des permanences d'experts au sein des associations pour faciliter l'orientation des personnes en errance diagnostique/prise en charge vers les consultations spécialisées/centres de référence ou structures de niveau 2
 - Organiser des modalités d'échange entre professionnels des consultations spécialisées/centres de référence ou structures de niveau 2 et les acteurs de premier recours et les familles pour permettre une réponse aux situations signalées (familles, acteurs

Nature des actions

Etudes

Information/communication

Concertation

Coordination

Création/mise en œuvre

Echéances/Calendrier

2019/2020

du repérage précoce, CLSM...)

- Développer/renforcer les consultations spécialisées/centres de référence ou structures de niveau 2 dans l'Essonne (neuropsychologue pour bilan, orthophoniste...) : troubles neuro-développementaux, troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA)/troubles dys-(dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie, TDAH) (CHSF, GHNE, EPS BD, réseau régional TAP) service de consultation universitaire de génétique, anorexie mentale (CHSF), Unité régionale thérapeutique Enfance et Surdité coordonnée par le GHNE/Hôpitaux de Saint-Maurice (Paris XIII) et le diagnostic précoce chez les adolescents et jeunes adultes (EPS BD, GHNE), troubles obsessionnels compulsifs (TOC, une des 10 maladies du 21 me siècle selon l'OMS), phobies, troubles anxieux, troubles de l'humeur (EPS BD), troubles du stress post-traumatique (Conseil départemental (Etampes/Evry), EPS BD), psychiatrie transculturelle (EPS BD)
- Faire un état des lieux/élaborer/faire connaître la liste des structures référentes de diagnostic précoce pour orienter les professionnels/patients
- Articuler les consultations spécialisées/centres de référence ou structures de niveau 2 avec les centres de niveau 3
- Etudier la possibilité de mettre en place des référents « bien-être au travail » chez les employeurs (entreprises, organismes et structures publiques) de l'Essonne et augmenter les interventions de prévention et de prise en charge du burn out (ouvrir la consultation spécialisée et programmes adaptés de l'EPS BD) au bénéfice des acteurs du territoire (entreprises, associations, collectivités...)
- o **Créer un centre de diagnostic autisme dans l'Essonne en lien avec l'ARS, le Conseil Départemental, le Dispositif intégré handicap (DIH) (ex dispositif intégré des troubles du spectre autistique/DITSA), le CRAIF et l'EPS Barthélemy Durand, en tenant compte des inégalités territoriales**
- o **Développer l'accompagnement à la parentalité et la psychiatrie périnatale**
 - Intégrer l'évaluation et les soins en santé mentale dans le parcours de soin de la grossesse et étendre la possibilité de cette offre aux pères
 - Renforcer les démarches de soutien   la parentalité (voire à la fratrie) et les interventions précoces dès le plus jeune âge/en périnatalité ( valuation périnatale du bébé et des interactions parents-bébé, lieux d'accueil parents-enfant, soins conjoints parents/bébé...)
 - Poursuivre le travail en réseau avec les PMIs et le réseau périnatalité IDF Sud et mettre en place un staff médico-psycho-social (outil multi-partenarial intégré à l'hôpital pour les diagnostics et accompagnements très précoces en périnatalité) sur l'ensemble des maternités
 - Mettre en place des formations d'accompagnement à la parentalité et à la psychiatrie périnatale
 - Etudier la faisabilité de développer en Essonne l'offre spécialisée d'hospitalisation mère-bébé (permettant une prise en charge psychiatrique conjointe) pour les pathologies et détresses psychiatriques maternelles (pendant la période périnatale voire avant la grossesse, parentalité inadaptée, prévention de la maltraitance...) (PMP inter-GHT)

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Nombre de rencontres organisées entre professionnels des consultations spécialisées/centres de référence/acteurs de premier recours/familles
- Nombre de consultations spécialisées réalisées
- Elaboration d'une liste des structures référentes de diagnostic précoce
- Nombre de programmes individualisés et adaptés (Mindfulness, remédiation cognitive, ...)
- Mise en place des référents bien-être
- Nombre de permanences au sein des associations
- Nombre de formations d'accompagnement à la parentalité

Sources :

- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- Stratégie nationale pour l'Autisme 2018-2022

Orientation 3 : Entrée dans le parcours de prise en charge

Fiche action N°4 : Prioriser la psychiatrie de l'enfant, des adolescents et des jeunes adultes

Objectifs stratégiques :

Mise en œuvre de la **priorité n°1** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles** »

Le **PTSM** prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques (enfants, adolescents, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité...), ainsi que la continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte.

De plus, l'une des **orientations nationales** en santé mentale et psychiatrie, annoncée par la Ministre, vise renforcer la pédopsychiatrie, notamment en augmentant le nombre de lits disponibles. La priorité sera accordée aux départements en déficit, dans un objectif plus global de lutte contre les déserts médicaux.

Le **contrôleur général des lieux de privation de liberté**, dans le cadre de ses **recommandations** (2017) concernant « les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale » trouve regrettable au regard de la spécificité de leurs besoins, que les mineurs de plus de 16 ans relèvent principalement de la psychiatrie pour adultes. Il recommande d'ailleurs que les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de 25 ans. Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de 13 à 16 ans et d'autre part, les jeunes de 16 à 25 ans. »

En complément, le volet psychiatrie-santé mentale du **PMP inter-GHT de l'Essonne** prévoit notamment de :

- Faciliter l'accès aux unités d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents en travaillant sur l'élargissement des conditions d'accès en urgence aux unités d'hospitalisation de crise pour adolescent (pour éviter l'hospitalisation en psychiatrie adulte, le maintien aux urgences ou en pédiatrie dans les cas où cela n'est pas le mieux pour l'adolescent...), à la pertinence et aux modalités d'organisation (lit fléché pour les urgences au sein des unités d'hospitalisation pour adolescents, équipe mobile...) quel que soit le secteur d'adressage,
- Favoriser la scolarité des adolescents,

Acteurs

Education nationale
MDA
PAEJ
Mission locale
EPS BD/CHSF/GHNE
Clinéa
Structures d'hospitalisation psychiatrique pour adolescent hors du 91
Hôpitaux MCO (SAU, pédiatrie...)
CSAPA/CJC
CLS/CLSM
CMPP
CAMPS
Services du Département (ASE, MDPH, ...)
IME
IMPRO
Conseil départemental
ITEP
Etablissements médico-sociaux
SESSAD
Organismes de la Sécurité Sociale (CPAM, CAF)
ARS

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

- Améliorer l'articulation entre les services de psychiatrie infanto juvénile et la psychiatrie générale pour favoriser les relais de prise en charge et éviter les ruptures de soins.

De même, le projet régional de santé souhaite faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations, prioriser la psychiatrie de l'enfant, des adolescents et des jeunes adultes et organiser dans chaque territoire un dispositif de lien entre la pédopsychiatrie et la médecine scolaire.

Action :

CONSTATS

- Coordination imparfaite en matière de santé mentale pour les enfants, adolescents et jeunes adultes
- Problématique d'accès rapide à la pédopsychiatrie (en libéral ou institutionnel)
- Hospitalisation inadéquate des adolescents/jeunes adultes en secteur de psychiatrie adulte (CGLPL)

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Approfondir le travail partenarial avec les établissements scolaires et notamment en faisant mieux connaitre la médecine scolaire (notion de secret partagé)**
- **Créer une unité pour adolescents-jeunes adultes dans les cas de « semi-urgence » permettant de répondre à une hospitalisation programmée, une hospitalisation de durée plus longue, une prise en charge adaptée aux jeunes adultes et faire face au pic d'activité de l'hospitalisation de crise**
- **Coordonner les structures adolescents/identifier les acteurs du département et au-delà pour éviter les hospitalisations des adolescents et jeunes adultes en service adulte**
- **Augmenter les moyens de la pédopsychiatrie afin de favoriser les prises en charge et l'intervention précoce en lien avec la priorité gouvernementale affichée (département de l'Essonne sous doté)**
- **Favoriser la coordination des prises en charge entre le secteur sanitaire et le médico-social en améliorant la prise en charge des transports**
- **Consolider la prévention, l'intervention précoce et la prise en charge des addictions pour les adolescents**

Echéances/Calendrier
2019/2020

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Approfondir le travail partenarial avec les établissements scolaires et notamment en faisant mieux connaître la médecine scolaire (notion de secret partagé)**
 - Mettre en place une politique départementale concertée (éducation nationale, ARS, conseil départemental, professionnels de santé) sur des thématiques prioritaires telles que la formation, les modalités d'accueil facilitées des professionnels de santé (sanitaire, médico-social et social) dans les écoles (souplesse, mode d'intervention, interlocuteur, locaux...)
 - Organiser des actions de dépistage dans les établissements scolaires (collèges) concernant les phobies sociales et scolaires
 - Envisager des infirmiers de pratique avancée (en CMP, en milieu scolaire...) pour faire le lien entre les structures et organiser le repérage partenarial
 - Maintenir les postes d'enseignants dans les écoles des établissements publics de santé (école primaire et collège), renforcer le travail réalisé par les Ecoles de secteur dans les CMP et revoir les projets pédagogiques des établissements de santé avec les établissements scolaires pour tenir compte de l'objectif d'intégration en milieu ordinaire
- **Créer une unité pour adolescents-jeunes adultes dans les cas de « semi-urgence » permettant de répondre à une hospitalisation programmée, une hospitalisation de durée plus longue (notamment en aval de la crise/post urgence), une prise en charge adaptée aux jeunes adultes et faire face au pic d'activité de l'hospitalisation de crise**
 - Réfléchir à une nouvelle structure d'accueil des adolescents et jeunes adultes et renforcer les équipes existantes pour la crise
- **Coordonner les structures adolescent/identifier les acteurs du département et au-delà pour éviter les hospitalisations des adolescents et jeunes adultes en service adulte**
 - Améliorer la coordination dans les situations d'urgence entre les acteurs du secteur sanitaire (urgences, pédiatrie, hospitalisation psychiatrique pour adolescents/jeunes adultes...)
 - Améliorer la coordination dans les situations d'urgence entre le secteur sociaux-éducatif, médico-social et le secteur sanitaire
- **Augmenter les moyens de la pédopsychiatrie afin de favoriser les prises en charge et l'intervention précoce en lien avec la priorité gouvernementale affichée (département de l'Essonne sous doté)**
 - Obtenir les moyens en pédopsychiatrie pour assurer les missions de prévention, de diagnostic et de soins
- **Favoriser la coordination des prises en charge entre le secteur sanitaire et le médico-social en améliorant la prise en charge des transports**
- **Consolider la prévention, l'intervention précoce et la prise en charge des addictions pour les adolescents**
 - Favoriser les articulations avec les professionnels du dispositif médico-social spécialisé en addictologie (CSAPA, CJC...) et les autres acteurs (Education nationale, MDA, PAEJ, consultation addictologique...)

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Nombre de postes d'enseignants
- Nombre de projets pédagogiques avec objectif d'intégration en milieu ordinaire
- Actions de dépistage réalisées concernant les phobies sociales et scolaires
- Nombre d'IPA formés
- Formation des infirmières scolaires à la santé mentale
- Moyens obtenus pour assurer les missions de prévention, de diagnostic et de soins
- Mise en place d'un dispositif de liens entre pédopsychiatrie et médecine scolaire (PRS)

Sources :

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

Rapport du CGLPL sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale (2017)

PMP inter GHT de l'Essonne – Volet psychiatrie-santé mentale

Orientation 3 : L'entrée dans le parcours de prise en charge

Fiche action N°5 : Sensibiliser au repérage précoce les acteurs concernés par la santé mentale

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la **priorité n°1** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **Le repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles** »

Pour permettre d'atteindre cet objectif, le PTSM s'appuie sur :

- La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse,
- Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes
- Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

Le projet régional de santé souhaite faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations et prioriser la psychiatrie de l'enfant et des adolescents.

Action :

CONSTATS

Manque de formation des acteurs à la santé mentale et au repérage

Acteurs

Education Nationale
MDA
Services du Département (PMIs, ASE ...)
Professionnels de la petite enfance
PJJ
Professionnels de santé
Professionnels libéraux
MSP
Acteurs médico sociaux
Structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle et l'emploi
Bailleurs sociaux
CHRS
Centres d'expertise et de référence
Association d'utilisateurs
Collectivités locales (communes et EPCI) et leurs associations (UME, AMR)
Union Départementale des Centres communaux d'action sociale et CCAS
CLS/CLSM
Médias
Personnel pénitentiaire
Justice/police/gendarmerie
Tuteurs, curateurs (associatifs, privés)

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Renforcer les compétences des personnes en matière psychosociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental**
- **Mobiliser et sensibiliser les acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse**
- **Accompagner la dynamique partenariale de sensibilisation du grand public aux problématiques de santé mentale**

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Renforcer les compétences des personnes en matière psychosociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental**
- **Mobiliser et sensibiliser les acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse**
 - Sensibiliser les familles et les professionnels aux **enjeux du diagnostic précoce**
 - Sensibiliser, former au **repérage précoce**/actif et au **dépistage** des problématiques de santé mentale :
 - les **acteurs de première ligne** (éducation nationale, Pairs, ASE, Ville, CCAS, médecin généraliste, MSP, sage-femme libérale, infirmiers, aides-soignants, bailleurs sociaux, personnels pénitentiaires...)
 - les **équipes qui accompagnent** (AVS, CHRS, CPH, services à domicile, structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle et l'emploi - Pôle Emploi, Maison de l'Emploi, structure d'insertion par l'activité économique...)
 - Capitaliser sur les supports existants (Psycom...)
 - Accorder une attention particulière au repérage des problématiques de santé mentale chez les enfants/jeunes
 - Développer la formation de l'éducation nationale (corps enseignant, médecin, infirmier(e), psychologue, auxiliaire de vie scolaire...), des professionnels de l'enfance et de l'adolescence, des médecins généralistes, au repérage et à l'orientation ainsi qu'aux problématiques de santé mentale
 - Former/sensibiliser les professionnels de l'éducation nationale au repérage des **phobies sociales**
- **Accompagner la dynamique partenariale de sensibilisation du grand public aux problématiques de santé mentale**
 - Participer de façon multi-partenariale annuellement aux Semaines d'Informations sur la Santé Mentale (SISM), en impliquant les différents acteurs et les partenaires (collectivités locales, élus, médias...)

Nature des actions

Etudes

Information/communication

Concertation

Coordination

Création/mise en œuvre

Echéances/Calendrier

2019-2024

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Développer les actions et initiatives des acteurs locaux autour de la connaissance des troubles psychiques (manifestations sportives, projet culturel...)- Encourager des campagnes d'information de proximité, en particulier dans les écoles, collèges et lycées | |
|---|--|

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ Nombre de formations dispensées○ Nombre d'événements et manifestations organisés○ Nombre d'actions d'éducation à la santé et de lutte contre la déstigmatisation (SISM) |
|---|

Sources :

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

Orientation 4 : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise

Orientation 4 : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise

Fiche action N°6 : Organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la **priorité n°4** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence** »

A ce titre, le PTSM prévoit l'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures et afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

Le PTSM prévoit l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques afin qu'une réponse soit apportée à ces situations quels que soient l'heure et l'endroit où se trouve la personne concernée. Cette organisation précise les modalités d'articulation avec la régulation médicale du SAMU/Centre 15 (en application de la loi de 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leurs prises en charge).

De plus, le nouveau Projet régional de santé (PRS) d'Ile-de-France, adopté le 23 juillet 2018, prévoit de « mieux organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. L'objectif est de définir pour chaque territoire de santé un schéma des urgences psychiatriques, pour les adultes et les enfants, lisible et évaluable : permanences des soins, appui au premier recours, dispositif de signalement et d'aller-vers, prévention des ruptures de soins et des réhospitalisations, organisations favorables au consentement, re-contact des personnes après tentative de suicide. ».

La feuille de route nationale « Santé Mentale et Psychiatrie » du 28 juin 2018, dans son action n°4, prévoit la formation aux premiers secours en santé mentale, inspirée du programme australien « mental health first aid », lancé en 2000 et déjà mis en œuvre et ayant fait ses preuves dans plus de 20 pays. Cette formation vise à repérer les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement.

Acteurs

ARS
SAMU, SOS médecins
Etablissements de santé (SAU),
CH de Villeneuve-Saint-Georges
CCSU
SDIS
Services de l'Etat (Préfecture, ...)
Police nationale, gendarmerie nationale,
Etablissements de santé autorisés pour les soins sans consentement (CHSF, GHNE, EPS BD),
EMPSA (urgence différée)
Groupements de psychiatres libéraux
Professionnels libéraux dont IDE
Maisons de santé pluridisciplinaires, CPTS
Sociétés de transport sanitaire
Représentants des usagers et des familles
Ordre des médecins
ASE
Conseil Départemental
Ville (maisons de quartiers, Centres communaux d'action sociale (CCAS)...))
CLSM
Cellule d'alerte
EHPAD
Education nationale
MDA 91
PAEJ
Tuteurs, curateurs (associatifs, privés)

Action :

CONSTATS

Difficultés d'intervention au domicile ou en structure médico-sociale en cas de crise et de mobilisation des différents acteurs (police, SAMU, pompiers, mairie, préfet, professionnels libéraux...), pas d'équipe mobile de crise sur l'ensemble du département

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Déployer sur le Département le dispositif réglementaire de réponse aux urgences psychiatriques (soins sous contrainte...) sous l'égide de l'ARS et s'inspirer de la charte « urgences et psychiatrie » (juin 2015, SAMU - Urgence de France, Conférence Nationale des PCME de CHS)
- Développer une offre d'équipe mobile de crise dans les établissements dépourvus
- Prévenir l'urgence psychiatrique, afin notamment de réduire les soins sous contrainte (objectif du PRS de les réduire de 6 points) : amélioration du suivi ambulatoire, développement de l'Education thérapeutique du patient et de l'empowerment... (priorité 5 du PTSM)
- Faire intervenir des Infirmiers (ères) de pratique avancée (IPA) à partir des CMP, afin d'assurer le lien avec les structures extérieures (EHPAD, autres établissements médico-sociaux, établissements scolaires...) pour les situations de crise et de décompensation

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- Déployer sur le Département le dispositif réglementaire de réponse aux urgences psychiatriques (soins sous contrainte...) sous l'égide de l'ARS et s'inspirer de la charte « urgences et psychiatrie » (juin 2015, SAMU - Urgences de France, Conférence Nationale des PCME de CHS) :
 - **Constituer un groupe de travail** devant aboutir à une **convention multipartite** sous l'égide de l'ARS avec l'ensemble des acteurs prévus par les textes (article L.3221-5-1 du code de santé publique) : SAMU, SDIS, police nationale, gendarmerie nationale, établissements de santé autorisés pour les **soins sans consentement** (CHSF, GHNE, EPS BD), groupements de psychiatres libéraux, sociétés de transport sanitaire, mais aussi représentants des usagers et des familles, tuteurs, curateurs, préfecture, ordre des médecins, SOS médecins, CCSU, CH de Villeneuve-Saint-Georges, ordre des infirmiers, infirmiers libéraux, CPTS ... (sur les modèles des conventions de Haute-Normandie et Val d'Oise)
 - Prendre en compte, dans l'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques, l'objectif national et régional de **réduction des prises en charge réalisées sans le consentement** du patient

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

Echéances/Calendrier

2019-2021

- Elargir la réflexion du groupe aux urgences psychiatriques en soins libres
- **Articuler les travaux** du groupe avec les orientations du **PRS**, de la **charte nationale « urgences et psychiatrie »** (signée le 26 mai 2015 entre le SAMU-Urgences de France et la Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS) et du **Projet médical partagé (PMP) de l'Inter-GHT de l'Essonne** (Axe 1 - Les urgences, la psychiatrie de liaison, la continuité et la fluidité des parcours, l'accès aux soins somatiques des patients)
- **Identifier et partager** les critères de la crise, de l'urgence (immédiate, différée...) et de l'hospitalisation sous contrainte (ordre public...) et **formaliser le processus** de réponse aux urgences psychiatriques (adulte/enfant) en Essonne
- **Identifier** les acteurs de l'urgence et de la crise afin de fluidifier et sécuriser l'orientation (ROR...)
- **Sensibiliser et former les acteurs** à l'urgence en psychiatrie et sur les soins sous contrainte
 - **Former les personnels de la régulation** à la connaissance des dispositifs et aux processus d'orientation en urgence psychiatrique
 - **Sensibiliser et former les acteurs** à l'urgence en psychiatrie, y compris les tuteurs/curateurs
 - Former les acteurs intervenant dans les soins sous contrainte
- Etudier la faisabilité de la présence au niveau de la **régulation d'un personnel/infirmier formé en psychiatrie** (charte urgences et psychiatrie)
- Développer des modalités d'avis psychiatriques en urgence et/ou d'orientation à distance : consultations de **télé médecine**, mise en place d'un numéro vert unique ou d'une **réponse téléphonique** (psychiatrie de liaison aux urgences...)
- **Développer une offre d'équipe mobile de crise dans les établissements dépourvus**
 - En s'inspirant du modèle de l'UCLI (GHNE), créer des équipes mobiles de crise dans les autres établissements de santé (EPS BD, CHSF), en corrélation avec le territoire pris en charge, avec pour missions :
 - Résoudre les situations complexes avant la crise (en lien notamment avec les CLSM) pour éviter l'hospitalisation (notamment sous contrainte)
 - Soutenir les acteurs de premier recours et les familles dans les situations de crise (y compris par téléphone)
 - Adopter des modalités spécifiques d'accueil et d'information des patients et des familles lors d'une situation de première hospitalisation, en particulier pour les jeunes adultes
 - S'articuler avec les 3 centres de consultation et de soins urgents (CCSU), les centres de crise départementaux (CIAC/UHPA de l'EPS BD) et les CPTS et autres modes d'exercice coordonnés
 - Disposer d'une valise connectée pour les interventions à domicile (télé médecine)

- **Prévenir l'urgence psychiatrique, afin notamment de réduire les soins sous contrainte (objectif du PRS de les réduire de 6 points) : amélioration du suivi ambulatoire, développement de l'Education thérapeutique du patient et de l'empowerment... (priorité 5 du PTSM)**
 - Sensibiliser et former les familles et les proches des personnes touchées par la maladie (repérage/détection des signaux précurseurs, addiction...) notamment en déployant la formation « Premiers secours en santé mentale » (d'origine australienne) organisée par l'UNAFAM, l'INFIPP et Santé mentale France
 - Renforcer le rôle de prévention des équipes ambulatoires et médico-sociales
 - Développer le pouvoir d'agir des patients (ETP, empowerment individuel et collectif)
 - Maîtriser/réduire le recours aux restrictions de liberté (soins sous contrainte, isolement, contention) afin de promouvoir le respect et les droits des personnes
- **Faire intervenir des Infirmiers (ères) de pratique avancée (IPA) à partir des CMP, afin d'assurer le lien avec les structures extérieures (EHPAD, autres établissements médico-sociaux, établissements scolaires...) pour les situations de crise et de décompensation**

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Signature de la convention multipartite de réponses aux urgences psychiatriques (article L.3221-5-1 du code de santé publique)
- Mise en œuvre d'ici 2022 d'un schéma des urgences psychiatriques (PRS)
- Déploiement de la charte urgences et psychiatrie en Essonne
- Déploiement des équipes mobiles de crise
- Réduction de la part des hospitalisations sans consentement de 6 points (PRS)
- Nombre d'acteurs sensibilisés et formés à l'urgence en psychiatrie et aux soins sous contrainte
- Nombre d'IPA en CMP formés

Sources :

- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- Charte urgences et psychiatrie
- PMP (urgences)
- ANAP, HAS
- PRS 2018-2022

Orientation 4 : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise

Fiche action N°7 : Mettre en place un suivi ambulatoire spécialisé, en alternative à l'hospitalisation en cas de risque suicidaire

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la **priorité n°4** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale :
« **L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence** ».

La feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie prévoit également de :

- Proposer aux professionnels au contact des personnes à risque suicidaire une formation actualisée (comportant un module spécifique à l'intervention sur la crise suicidaire)
- Expérimenter une formation des médecins généralistes à la prise en charge de la dépression incluant le repérage du risque suicidaire
- Poursuivre les formations croisées des médias (journalistes et internes en psychiatrie) dans l'objectif de prévenir la contagion suicidaire (déploiement du programme « PAPAGUENO »).

Action : 

CONSTATS

Risque suicidaire : délais d'accès aux soins, insuffisance d'avis spécialisé mobilisable, manque d'alternatives à l'hospitalisation

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Développer des consultations spécifiques « suicide » par des professionnels formés à cette question, y compris sous la forme d'accueil téléphonique**

Acteurs

EPS BD (CIAC)

Utilisateurs

Familles, proches, usagers
Professionnels libéraux
(médecins généralistes, pédiatres, psychologues...)
Education Nationale
MDA 91, PAEJ
Etablissements pénitentiaires
Etablissements de santé
(SAU, SAMU...)
Associations
Equipes mobiles
Structures médico-sociales
(EHPAD, MAS, IME...)
Santé au travail
Organismes de la Sécurité Sociale (CPAM, CAF)
Organismes complémentaires en santé (mutuelles)
CLS/CLSM

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Développer des consultations spécifiques « suicide » par des professionnels formés à cette question, y compris sous la forme d'accueil téléphonique**
 - Créer une consultation spécialisée connectée aux unités de crise départementales, ouverte aux patients, familles/proches et aux professionnels (y compris du monde du travail)
 - Organiser un suivi thérapeutique adapté (OSTA)
 - Offrir un accueil téléphonique départemental
 - Former les médecins généralistes, du travail et les professionnels de l'administration pénitentiaire sur la prévention du suicide et la conduite à tenir en cas de suspicion de risque suicidaire à travers la fiche RUD (risque urgence danger)
 - Développer des forums, campagnes d'affichage notamment en milieu scolaire en collaboration avec la CPAM

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Mise en place de la consultation spécialisée suicide
- Nombre de médecins généralistes/personnes formés au risque suicidaire

Echéances/Calendrier
2020

Sources

- Méthodes d'évaluation du risque suicidaire

Orientation 4 : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise

Fiche action N°8 : Re-contact des personnes après tentative de suicide

Objectifs stratégiques :

Mise en œuvre de la **priorité n°4** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence** »

L'organisation du suivi et du maintien du contact au plus près du lieu de vie, en Essonne, concernant les personnes ayant été hospitalisées après une tentative de suicide (boîte à outils PTSM du Ministère).

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

L'un des objectifs du PRS est de « **disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'une organisation de recontact après tentative de suicide** ».

La feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie prévoit également de « généraliser dans les 2 ans le dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide, sur l'ensemble du territoire ».

L'épidémiologie du suicide en Essonne est particulièrement inquiétante, plaçant le département nettement en tête en Ile-de-France avec la Seine-et-Marne.

Action : 

CONSTATS

Manque de dispositifs dans le suivi du patient après la tentative de suicide, sans oublier le soutien des proches

Acteurs

EPSBD (CIAC)

Utilisateurs

Etablissements de santé
Familles, proches, usagers
Professionnels libéraux
(Médecins généralistes/traitant Pédiatres, psychologues...)
Education Nationale
Associations et cellules d'écoute
Structures médico-sociales (EHPAD, MAS, IME...)

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

OBJECTIFS OPERATIONNELS

○ Déployer dans l'Essonne le dispositif de recontact après tentative de suicide du type « Vigilans »

Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalière auprès des suicidants. A tout suicidant sortant d'un service d'hospitalisation (psychiatrique ou MCO) est remis une « carte ressources prévention » sur laquelle figure un numéro d'appel d'urgence gratuit. Parallèlement, le médecin traitant et le psychiatre traitant reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Ils disposent d'un numéro téléphonique dédié pour répondre à leurs questions. Les patients sont ensuite recontactés, par l'envoi de cartes postales ou, s'il s'agit d'une récurrence, par téléphone ou SMS. Le médecin traitant est informé de chaque contact. Si un sujet contacté se trouve en difficulté, voire en danger, Vigilans organise les recours adaptés, en lien direct avec le centre hospitalier de référence et le médecin traitant.

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

○ Déployer dans l'Essonne le dispositif de recontact après tentative de suicide du type « Vigilans »

- Inscrire la stratégie de recontact dans le parcours de soins et dans l'organisation du suivi de la personne en lien et en complémentarité avec les différents acteurs (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, associations d'écoute...)
- Proposer un dispositif de prise en charge après la sortie pour une durée minimum de 6 mois
- Transmettre à la personne une fiche comprenant les coordonnées des structures et des professionnels de référence
- Adresser le patient à un praticien en mesure d'assurer le suivi global et la coordination des soins
- Accentuer le développement de groupes de parole pour le suivi des proches endeuillés

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Mise en place du dispositif Vigilans dans l'Essonne : mise en place d'une organisation de re-contact après tentative de suicide dans chaque département (PRS)

Echéances/Calendrier

2019

Orientation 5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Orientation 5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Fiche action N°9 : Coordination, échange et communication entre les acteurs

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la **priorité n°2** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale** ».

Pour permettre l'atteinte de cet objectif, le PTSM s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

Le décret du PTSM précise que le projet doit identifier « les conditions permettant de mettre en œuvre cette mobilisation conjointe et précoce des acteurs, au plus près du début de troubles comportant un risque de handicap psychique. Le suivi mis en place vise en priorité une prise en charge ambulatoire et s'appuie sur un projet de soins et de vie personnalisé élaboré en début de parcours avec la personne et ses proches, garantissant un suivi psychiatrique, social et médico-social individualisé, et révisé régulièrement afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la personne, de ses attentes et de ses capacités. Elle implique une fonction de case-management réalisée par les acteurs du suivi ou selon des modalités ad hoc » (boîte à outils PTSM ministère).

Les dispositions législatives sur la psychiatrie et la santé mentale, issues de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (article 69), créent et articulent différents dispositifs et identifient les acteurs diversifiés qui les mettent en œuvre :

- Politique de santé mentale
- Diagnostic partagé de santé mentale
- Projet territorial de santé mentale (PTSM)
- Contrat territorial de santé mentale
- Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)

La Communauté Psychiatrique de Territoire (Décret 26/10/2016 relatif aux CPT), outil de pilotage du PTSM prévu par le législateur :

- « Fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et réinsertion sociale coordonnés et sans rupture »
- Outil juridique associant une vaste catégorie d'acteurs (établissements de service public hospitalier autorisés en psychiatrie, patients, professionnels de santé, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, établissements de recours, assurance maladie, services de l'Etat, CLS, CLSM...) pour élaborer et suivre la réalisation du PTSM dans la durée
- « Concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre ».

Acteurs

Etablissements de service public hospitalier autorisés en psychiatrie
Professionnels de santé
Etablissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
Représentants des personnes et des familles
Acteurs de démocratie sanitaire
Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé
Acteurs de la lutte contre les addictions
Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion
Associations
Organismes de la Sécurité Sociale (CPAM, CAF)
Collectivités locales (communes et EPCI) et leurs associations (UME, AMR)
Collectivités territoriales
Services de l'Etat
CPTS
CLS/CLSM

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

Action :

Echéances/Calendrier
2019/2022

CONSTATS

Insuffisance de coordination institutionnelle et autour du patient, communication non structurée, cloisonnement et connaissance des différents acteurs à améliorer

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Améliorer la lisibilité de l'offre en santé mentale existante sur le département (annuaire...)
- Envisager une organisation pérenne favorisant la coordination institutionnelle départementale et la mise en œuvre du PTSM (type CPT ou autre)
- Mettre en place des cases managers/gestionnaires de cas (référénts parcours) pour une coordination autour de situations complexes (comorbidité addictologie...)
- Améliorer la coordination des parcours avec la ville et les autres acteurs de 1er recours en lien avec les futures CPTS et autres modes d'exercice coordonnés
- Favoriser le déploiement d'outils numériques de coordination en veillant à leur interopérabilité le cas échéant (Dispositif Terr-eSanté ...)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- Améliorer la lisibilité de l'offre en santé mentale existante sur le département (annuaire...)
 - **Informé et communiquer** sur les dispositifs existants à travers les canaux d'information des partenaires, notamment de la CPAM (commissions paritaires, courriel « Infos 91 » à destination des professionnels de ville et hospitaliers, site ameli.fr à destination des familles et des assurés...)
 - Identifier un **référént** par structure/spécialité joignable pour les partenaires extérieurs (**ligne directe**)
 - Rendre visible les actions par la création d'un annuaire départemental avec **recensement qualitatif** des acteurs
 - Utiliser les **outils ressources existants** afin de **constituer et mettre à jour un répertoire numérique départemental/ carte interactive** : point d'entrée pour le département (recensement de tous les acteurs de l'offre en santé mentale) permettant d'avoir une vision claire des structures
 - annuaire mis en place par l'UNAFAM,
 - guide départemental du PSYCOM (à venir dans l'Essonne),

- projet médical partagé de l'inter-GHT de l'Essonne (6 thématiques),
- ROR,
- sites internet thématiques (MAIAge 91, MDA 91, acteurs impliqués dans la prise en charge du suicide, CRAIF/TAMIS...)
- **Mise à disposition du répertoire numérique** départemental sur la santé mentale sur les **sites les plus consultés** (ARS, conseil général...) et sur les sites internet des partenaires
- **Envisager une organisation pérenne favorisant la coordination institutionnelle départementale et la mise en œuvre du PTSM (type CPT ou autre)**
 - Constituer un groupe de travail (représentatif des différents champs et des différents professionnels impliqués) pour définir la composition et les missions d'une organisation pérenne chargée de la coordination départementale en santé mentale.
 - Créer une organisation pérenne chargée de la coordination départementale en santé mentale en s'inspirant des outils réglementaires disponibles et associant tous les acteurs et partenaires impliqués dans le champ de la santé mentale dont les usagers et leurs proches.
- **Mettre en place des cases managers/gestionnaires de cas (référents parcours) pour une coordination autour de situations complexes (comorbidité addictologie...)**

« Offrir un case-management de proximité, sanitaire et social assurant une continuité du suivi socio-sanitaire tout au long du parcours. Il propose des suivis intensifs ambulatoires pour éviter les hospitalisations et assure l'accès aux techniques de soins connus pour être efficaces dans la réduction du handicap fonctionnel. La fonction de case management est assurée par l'équipe de secteur sanitaire, en coordination avec l'équipe sociale, co-responsable du parcours pour les personnes présentant des troubles graves et chronique de la même zone géographique, et s'exerce dans le cadre d'une « équipe resserrée » constituée de la personne concernée, de personnes de son entourage et de ses référents social et sanitaire. Le projet de santé est ainsi établi par décision partagée ce qui assure l'engagement du patient dans ce projet. Les soins et les accompagnements sont proposés de manière durable et avec une intensité variable en fonction des besoins du patient » (Boîte à outils PTSM ministère).

 - Généraliser les « case managers » (référent parcours) pour les cas complexes et faciliter ainsi les réponses de proximité (accompagnement, éviter le retour à l'hôpital)
- **Améliorer la coordination des parcours avec la ville et les autres acteurs de 1^{er} recours en lien avec les futures CPTS et autres modes d'exercice coordonnés**
 - Déployer la charte de partenariat « médecine générale et psychiatrie de secteur » (mars 2014, Collège de la Médecine Générale, Conférence Nationale des PCME de CHS), mais aussi améliorer le partenariat entre médecine scolaire/médecine générale/pédiatrie/santé au travail/psychiatrie

« Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant pour chacun de ses patients. Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de comorbidités somatiques et psychiatriques.

La transmission d'information de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement des modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable » (extrait de la charte).

- Déployer la charte de partenariat notamment au niveau des dispositifs de coordination locale (CPTS, CLSM...) et améliorer la transmission de la **lettre de liaison** au patient comme au médecin traitant ou autres médecins (CSAPA...)
- Améliorer la collaboration avec les psychologues en exercice libéral et dans les différentes institutions (sanitaires, médico-sociales, sociales et autres) accueillant du public en première intention
- **Favoriser le déploiement d'outils numériques de coordination en veillant à leur interopérabilité le cas échéant (Dispositif Terr-eSanté ...)**
 - Promotion par la CPAM du Dossier médical partagé (DMP) et de la Messagerie sécurisée de santé (MS Santé) auprès d'établissements pilote sur le département
 - Via-Trajectoire (permet une visibilité des orientations MDPH par les établissements et les places en structures)
 - Faire connaître/développer des offres disponibles via la télémédecine (notamment entre le sanitaire, la ville et le médico-social) et favoriser le développement de la télémédecine en psychiatrie par l'accompagnement des psychiatres hospitaliers et de ville par la CPAM
 - Dans un contexte de pénurie médicale, optimiser/faciliter la prise de RDV grâce à un dispositif de prise de RDV en ligne et des rappels de RDV par SMS

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Mise en place de l'annuaire départemental actualisé
- Mise en place d'une organisation pérenne chargée de la coordination départementale en santé mentale
- Nombre de case managers mis en place
- Signature par les acteurs départementaux de la charte de partenariat « médecine générale et psychiatrie de secteur »
- Délai de transmission de la lettre de liaison et nombre de lettres de liaison transmises
- Mise en place d'un dispositif de soins partagés médecins généralistes/psychiatres (PRS)
- Nombre d'offres disponibles en télémédecine

Source

- Guide HAS « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – État des lieux, repères et outils pour une amélioration », septembre 2018

Orientation 5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Fiche action N°10 : Prévenir les ruptures aux âges charnières et éviter les prises en charge inadéquates

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la **priorité n°2** du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale : « **Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale** ».

A ce titre, le décret sur le PTSM préconise d'accorder une attention particulière aux « situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes » et à « la continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ».

Le volet psychiatrie-santé mentale du PMP inter-GHT de l'Essonne prévoit notamment de :

- Faciliter l'accès aux unités d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents pour éviter l'hospitalisation en psychiatrie adulte (projet 6)
- Améliorer l'articulation entre les services de psychiatrie infanto juvénile et la psychiatrie générale pour favoriser les relais de prise en charge et éviter les ruptures de soins (projet 9)
- Renforcer l'offre spécialisée de psychiatrie en périnatalité (projet 17)

De plus, l'un des objectifs du PRS 2018-2022 est de « disposer pour chaque territoire d'une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adultes ». Le PRS souhaite une présence renforcée dans les périodes de transition, les moments de risques de rupture dans le parcours de vie du jeune :

« Une culture partagée entre les personnels de l'éducation nationale, et le secteur de santé afin de mieux interpréter les signes de fragilité, ou de souffrance, des interventions simples, précoces, coordonnées entre acteurs doivent permettre d'éviter de surmédicaliser ces situations qui peuvent avoir des origines diverses : questionnement identitaire, isolement, décrochage et difficultés scolaires, familiales, conduites à risques. Elles viseront aussi à désengorger certaines structures comme les centres médico psychologiques, les centres médico psycho pédagogiques ou les services hospitaliers de pédopsychiatrie, destinés à prendre en charge des situations plus complexes et plus aigües. »

Le PRS indique que plusieurs propositions peuvent être développées : penser la transition en partenariat, co-construire des parcours, élaborer un protocole de suivi partagé, organiser des consultations de transition.

Le PRS prévoit également de « garantir à chaque personne en situation de handicap un parcours de vie adapté » et notamment d'accompagner par des mesures adaptées le vieillissement des personnes handicapées.

Acteurs

Acteurs de premier recours
Professionnels libéraux
MDA 91
PAEJ
EPS BD, CHSF, GHNE
Maternités (établissements de santé)
Services du Département (PMIs, MDPH ...)
Réseau périnatal IDF
EHPAD
EMPSA
MAIA
CCAS, MDS
Mission locale
Association de patients
Structures et associations médico-sociales (foyer de vie, travailleur handicapé, IME...)
DIH
CLS/CLSM

Nature des actions

Etudes

Information/communication
Concertation

Coordination

Création/mise en œuvre

Action :

Echéances/Calendrier

2019/2021

CONSTATS

Insuffisance dans la prise en charge des publics spécifiques (âges charnières...) pour éviter les prises en charge inadéquates

La problématique des prises en charge dans les âges charnières est notamment particulièrement à souligner pour les adolescents/jeunes adultes censés relever à partir de 16 ans de la psychiatrie générale. En effet, les potentielles ruptures de prises en charge ou de prises en charge non adaptées peuvent avoir des conséquences sérieuses pour de jeunes adultes en situation de fragilité.

A 16/18 ans, la transition adolescents/adultes se fait difficilement s'agissant du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte avec des risques de ruptures de parcours, de décompensations.

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Prévenir les ruptures aux âges charnières : jeunes adultes, personnes âgées de plus de 60 ans, parentalité...**
- **Conforter les consultations spécifiques CSAJA**
- **Exploiter le travail sur les patients sous amendement Creton mené dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT)**
- **Développer des structures adaptées (ex : foyer handicap vieillissant, travailleur handicapé vieillissant...)**
- **Renforcer la politique de réduction des risques (addictologie) pour les personnes en très grande précarité et rendre plus opérationnelle la coordination entre la psychiatrie, les urgences, les acteurs de l'addictologie et les associations caritatives**

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Prévenir les ruptures aux âges charnières : jeunes adultes, personnes âgées de plus de 60 ans, parentalité...**
 - Renforcer la coordination entre professionnels lors des changements de tranche d'âge (de l'enfance à l'adolescence et de l'adolescence à l'âge adulte), avec les différents acteurs de terrain intervenant auprès des adolescents/jeunes adultes, notamment avec les missions locales et les autres structures "de droit commun" (permettant de faciliter une sortie du soin et une insertion)
 - Renforcer l'articulation entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
 - pour une prise en charge plurielle, prenant en compte l'enfant et les parents dans le cadre de la **psychiatrie périnatale/parentalité**
 - pour systématiser l'organisation des **transitions** des prises en charge vers l'**âge adulte**
- **Conforter les consultations spécifiques CSAJA** en lien avec les différents acteurs de terrain intervenant auprès des adolescents/jeunes adultes

- **Exploiter le travail sur les patients sous amendement Creton mené dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT)**
- **Développer des structures adaptées (ex : foyer handicap vieillissant, travailleur handicapé vieillissant...)**
 - Accompagner les structures médico-sociales (EHPAD, foyer de vie, etc.) dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiques
 - Développer les compétences des personnels des structures médico-sociales sur l'accompagnement des personnes âgées ayant un trouble ou un handicap psychique
 - Offrir des structures adaptées pour la prise en charge spécifique des personnes à compter de 45 ans et des personnes de plus de 60 ans
- **Renforcer la politique de réduction des risques (addictologie) pour les personnes en très grande précarité et rendre plus opérationnelle la coordination entre la psychiatrie, les urgences, les acteurs de l'addictologie et les associations caritatives**

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Mise en place d'une organisation pour la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- Nombre de structures adaptées aux personnes âgées ayant un trouble ou un handicap psychique
- Nombre d'action sur la réduction des risques

Orientation 5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Fiche action N°11 : Agir pour des pratiques orientées « rétablissement »

Objectif stratégique :

Mise en œuvre de la priorité n°2 et du Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale :

Organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale

Le projet territorial de santé mentale favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social.

A ce titre, le PTSM prévoit :

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

Dans une optique de prévention ou de limitation du handicap, la mise en œuvre de la réhabilitation intervient le plus précocement possible. La réhabilitation a vocation à être proposée tout au long du parcours à chaque fois que nécessaire.

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

De plus, le PRS préconise de soutenir des méthodes de réhabilitation psychosociales et remédiation cognitive, par l'accompagnement de proximité associant professionnels de santé et travailleurs sociaux, le développement des programmes ETP en santé mentale, le développement des interventions auprès des familles, l'inclusion par l'école et les loisirs pour les enfants. Il encourage également de développer une offre d'habitat inclusif, d'intégrer les difficultés découlant de la souffrance psychique dans la gestion du parc de logements et d'agir pour le maintien ou l'accès au logement accompagné ou autonome, dépassant ainsi le simple parcours de soins pour faciliter les parcours de vie.

Enfin une loi visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants, votée en mai 2019, développe des mesures favorisant la reconnaissance du statut de proche aidant à travers la négociation par les partenaires sociaux pour parvenir à concilier vie professionnelle et vie personnelle pour les salariés proches aidants, l'allocation de ressources par la CNSA pour les actions d'accompagnement des proches aidants ou encore l'identification du proche aidant au sein du dossier médical partagé.

Acteurs

Etablissements de santé
Association gérontologique de l'Essonne
CRAIF
CAF
Centres communaux d'action sociale (CCAS)
Union des Maires de l'Essonne
Conseil Départemental
MDS
Education Nationale
Médecins généralistes
MDPH
ARS
Structures sociales et médico-sociales
Associations
Bailleurs sociaux
Mandataires judiciaires
Tuteurs, curateurs
CDESS
UNAFAM
Agences immobilières
CLS/CLSM
ESAT
Foyers d'hébergement, foyers de vie
CHRS
FAM
IME
Assistants(es) socio-éducatifs

Action :

CONSTATS

Insuffisance des ressources sur le territoire pour prévenir les ruptures et favoriser le rétablissement et l'inclusion

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Accélérer et faciliter l'ouverture des droits et l'orientation MDPH
- Développer des solutions de prise en charge de type SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), favorisant les accompagnements en milieu ordinaire
- Développer davantage de dispositifs tels que les logements accompagnés et inclusifs (capacité et pérennisation), foyers de vie, post-hospitalisation pour les patients psychotiques chroniques (exemple des foyers ALVE)
- Asseoir le développement, la structuration dans le domaine de la remédiation cognitive/réhabilitation psychosociale afin de prévenir les ruptures, favoriser l'insertion et diminuer les coûts de prise en charge : travailler sur les compétences des personnes, les faire évoluer avec un projet de vie adapté. Démarche qui se rapproche de l'ETP et qui est très efficace. Ne pas se focaliser sur la déficience
- Accompagner et soutenir les aidants, notamment à travers des programmes d'ETP, Profamille...
- Réflexion à mettre en œuvre sur la prise en compte de la vie sentimentale et sexuelle pour les personnes avec troubles psychiques et handicap

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Accélérer et faciliter l'ouverture des droits et l'orientation MDPH**
 - Mettre en place un **groupe de travail** (MDPH, ARS...) pour construire un **partenariat avec la MDPH** pour accélérer/faciliter l'ouverture des droits et les orientations MDPH dans le cadre d'un **protocole/conventionnement**
 - En cas de dossier incomplet, veiller à l'**ouverture des droits temporaire** avec a minima les prestations de base de la MDPH
 - Conforter la collaboration avec la MDPH pour organiser les **réponses en amont de la notification** si besoin et organiser un chemin de communication spécifique pour les **situations urgentes**
 - Pour faciliter les **orientations** MDPH (prestation de compensation du handicap, formation, scolarisation, accompagnement social et médico-social, logement, emploi...), sensibiliser et former les professionnels/usagers/tuteurs/curateurs au **remplissage complet des dossiers** (demandes, projet de vie et besoins de la personne) afin d'éviter le rejet du dossier (délai de

Nature des actions

Etudes
Information/communication
Concertation
Coordination
Création/mise en œuvre

Echéancier
2019-2024

traitement des dossiers très long)

- Améliorer la connaissance et l'accès des personnes à leurs droits (qui permet de faire une ouverture de droits et revenir ensuite vers les professionnels pour compléter le dossier, l'instruire et finaliser une orientation)
 - Exploiter la mise en place à venir du **Système d'Information solidarité du département** permettant de renseigner et compléter son dossier en ligne
 - Accompagner les professionnels/usagers/tuteurs/curateurs pour le remplissage du dossier : hotline, référents thématiques, FAQ, formation...
 - Créer une **fiche technique ou une FAQ, une page d'information** permettant aux médecins, personnes concernées, familles et professionnels accompagnant la personne de remplir de façon la plus complète possible le dossier MDPH
 - **Former par la MDPH** à l'orientation les MDS, CCAS, Missions Locales, des personnels de l'Education Nationale et des médecins généralistes au remplissage des dossiers MDPH (notamment du certificat médical/guide barème)
- **Développer des solutions de prise en charge de type SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), favorisant les accompagnements en milieu ordinaire**
- **Créer des SAMSAH** là où un réel besoin est repéré (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, structure d'insertion médicalisée contribuant à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées) en lien avec les structures existantes
 - **Articuler les offres existantes pour fluidifier la construction d'un projet de vie : SAVS** (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, structure d'insertion non médicalisée qui contribue à la réalisation du projet de vie en matière de logement, de vie sociale et familiale, de citoyenneté, etc. de personnes adultes handicapées), **GEM**, dispositifs de **travail accompagné** (milieu ordinaire et protégé), ... en s'appuyant sur les référents parcours (case managers) et la remédiation cognitive/réhabilitation psychosociale
- **Développer davantage de dispositifs tels que les logements accompagnés et inclusifs (capacité et pérennisation), foyers de vie, post-hospitalisation pour les patients psychotiques chroniques (exemple des foyers ALVE)**
- Développer l'**offre de logement accompagné** en Essonne
 - Accompagner l'évolution de l'offre de logement et d'hébergement (du logement autonome à l'offre d'hébergement médico-sociale) sur le territoire pour proposer aux personnes un panel de solutions souples et modulables, afin de répondre à la fois au besoin d'accompagnement dans/vers le logement et au besoin d'inclusion et d'autonomie, en tenant compte de la multiplicité des besoins individuels et de leur variabilité dans le temps
 - Accompagner la **transformation du plateau technique médico-social** en fonction des besoins (ARS/Conseil départemental)
 - Sensibiliser les mandataires judiciaires sur la question du logement pour les personnes présentant des troubles psychiques
 - Permettre l'accès à un logement et **soutenir le maintien dans le logement** et disposer pour cela de modalités de soins et d'accompagnement permettant le maintien ou la restauration de la capacité des personnes à habiter
 - Collaborer (réunions régulières) et **contractualiser avec les promoteurs/bailleurs/élus** (habitat inclusif pour les personnes

autonomes, couplé avec le SAVS) pour rassurer et favoriser le maintien dans le logement (protocoles d'intervention, guide à élaborer et à déployer par l'intermédiaire de l'Union des Maires de l'Essonne), **notamment en partageant l'expérience des CLS/CLSM**

- Former les gardiens d'immeubles pour déstigmatiser les résidents
- Contractualiser avec les équipes de psychiatrie et les lieux de résidence
- **Asseoir le développement, la structuration dans le domaine de la remédiation cognitive/réhabilitation psychosociale afin de prévenir les ruptures, favoriser l'insertion et diminuer les coûts de prise en charge : travailler sur les compétences des personnes, les faire évoluer avec un projet de vie adapté. Démarche qui se rapproche de l'ETP et qui est très efficace. Ne pas se focaliser sur la déficience**
 - Envisager la possibilité d'identifier un centre de soins « support » en Essonne
- **Accompagner et soutenir les aidants, notamment à travers des programmes d'ETP, Profamille...**
 - Communiquer sur les nouvelles possibilités législatives sur la reconnaissance du statut d'aidant
 - Poursuivre les actions d'information et de sensibilisation des aidants (information sur l'existant...)
 - Renforcer la participation des familles dans les conseils de vie sociale (CVS) (collège d'usagers et de familles d'usagers)
 - Soutenir les aidants pour prévenir l'épuisement (groupe de parole, consultations de psychologue, accueil de répit/repos pour les familles, associations œuvrant à domicile...) sans oublier la fratrie
 - Favoriser les initiatives d'empowerment (médiateur santé pair, patient expert, université des patients...)
- **Réflexion à mettre en œuvre sur la prise en compte de la vie sentimentale et sexuelle pour les personnes avec troubles psychiques et handicap**
 - Former et sensibiliser les professionnels de santé à la vie affective/sexuelle des personnes avec troubles psychiques et handicap et clarifier par l'intermédiaire de l'ARS les aspects juridiques auprès des professionnels (devoir de protection/consentement...)
 - Intégrer la question de la vie sentimentale et sexuelle dans les règlements Intérieurs des établissements de santé et règlements de fonctionnement des établissements médico-sociaux
 - Sensibiliser les personnes avec trouble et handicap psychiques autour de la vie affective et sexuelle (consentement, impact des médicaments, de la maladie...)
 - Accompagner le désir de parentalité des personnes avec troubles psychiques
 - Veiller à intégrer cette thématique dans le projet de vie pour les personnes avec handicap psychique
 - Mener des réflexions collectives régulières/colloques avec le soutien du CDCESS (Comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et à la sexualité) afin de diffuser une culture de banalisation de ces sujets

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

- Mise en place du protocole entre la MDPH et l'ARS
- Nombre de SAMSAH créés
- Evolution du nombre de places de logement accompagné
- Nombre de formations (gardiens d'immeuble, ...)
- Identification d'un centre de soins « support » dans le domaine de la remédiation cognitive/réhabilitation psychosociale en Essonne
- Nombre d'actions d'aide aux proches aidants et aux aidants professionnels
- Modification du règlement Intérieur des établissements de santé et du règlement de fonctionnement des établissements médico sociaux intégrant la question de la vie affective et sexuelle
- Nombre de professionnels de santé formés à la vie affective/sexuelle des personnes avec troubles psychiques et handicap

Orientation 5 : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Fiche action N°12 : Agir sur les déterminants de la santé mentale

Objectif stratégique :

Au cours des dernières décennies, la définition de la santé mentale a évolué, passant d'une conceptualisation négative à une conceptualisation positive. En effet, autrefois associée à la présence de troubles mentaux, elle est aujourd'hui perçue comme un état de bien-être des personnes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Action :

CONSTATS

Nécessité de développer des actions pour favoriser le bien-être des essonniens et agir sur les déterminants de la santé mentale

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- Développer les actions au plus près de la population cible en favorisant la mobilité vers les lieux/bassins de vie des personnes les plus vulnérables. Développer des actions « d'aller vers »
- Développer l'information et la sensibilisation de tous par le déploiement de la Semaine d'information en Santé Mentale (SISM) sur l'ensemble du territoire
- Développer les actions de plaidoirie auprès des décideurs et favoriser la prise en compte des déterminants de la santé mentale dans toutes les politiques publiques
- Favoriser les choix d'urbanisme et d'aménagement du territoire favorables à la santé
- Amplifier les actions de développement des Compétences psychosociales auprès des publics jeunes et des publics les plus vulnérables
- Développer les actions de promotion de la santé mentale (addictions, vie affective et sexuelle, relations garçons-filles, égalité entre les femmes et les hommes...)

Acteurs

Bailleurs sociaux
Collectivités locales (communes et EPCI) et leurs associations (UME, AMR)
Centres communaux d'action sociale (CCAS)
Services de l'Etat (DDCS, Préfecture, ...)
Acteurs de l'habitat inclusif
Associations de famille
Conseils Locaux de Santé Mentale

Nature des actions

Etudes

Information/communication

Concertation

Coordination

Création/mise en œuvre

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

- **Développer les actions au plus près de la population cible en favorisant la mobilité vers les lieux/bassins de vie des personnes les plus vulnérables. Développer des actions « d'aller vers »**
- **Développer l'information et la sensibilisation de tous par le déploiement de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM) sur l'ensemble du territoire**
 - Encourager les acteurs à mobiliser les élus locaux
 - Renforcer le repérage des publics fragiles
 - Contribuer à la déstigmatisation des personnes concernées par les troubles psychiques
- **Développer les actions de plaidoirie auprès des décideurs et favoriser la prise en compte des déterminants de la santé mentale dans toutes les politiques publiques**
- **Favoriser les choix d'urbanisme et d'aménagement du territoire favorables à la santé**
 - Développer les transports en commun et modes doux, études de mobilité...
 - Veiller à la qualité des bâtiments, améliorer l'efficacité énergétique
 - Aménager des espaces extérieurs et végétalisés
- **Amplifier les actions de développement des Compétences psychosociales auprès des publics jeunes et des publics les plus vulnérables**
- **Développer les actions de promotion de la santé mentale (addictions, vie affective et sexuelle, relations garçons-filles, égalité entre les femmes et les hommes...)**

Echéancier
2019-2024

EVALUATION (INDICATEURS DE RESULTATS)

Calendrier de mise en œuvre

Orientation	Fiche action	Intitulé	N°	Objectifs opérationnels	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1 et 2 Thématiques communes	1	Réduction des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques	1	Définir les moyens du PTSM de l'Essonne pour réduire les inégalités régionales notamment au niveau de la grande couronne conformément aux orientations du PRS	x					
			2	Faire connaître et développer les atouts de l'Essonne pour soutenir l'attractivité du département et notamment le Sud-Essonne, afin de répondre aux enjeux préoccupants de la démographie des professionnels de la santé (notamment médicale)	x					
			3	Développer l'innovation, les projets porteurs et attractifs pour les jeunes professionnels de la santé						
			4	Développer et encourager des initiatives telles que les infirmiers de pratiques avancées (notamment en CMP pour réduire les listes d'attente), la création d'une maison de l'orthophonie, le développement des téléconsultations, télé expertises...						
	2	2 Sensibiliser et former les acteurs pour décroisonner et favoriser les convergences	5	Décloisonner et favoriser les convergences en élaborant un plan de formation partagé entre les acteurs		x				
			6	Créer une instance départementale transversale (universitaire, sanitaire, médico-sociale) pour coordonner et susciter une offre de formation en phase avec les besoins identifiés, en lien notamment avec les CPTS et autres modes d'exercice coordonnés				x		
			7	Dégager des moyens pour permettre aux professionnels de la santé de maintenir à jour leurs compétences (MOOC, formations en soirée...)			x			

3. L'entrée dans le parcours de prise en charge	3	Repérage et intervention précoces	8	Valoriser l'expertise de niveau 2 du département pour limiter les taux de fuite : création de centres de référence ou de structures de niveau 2 dans l'Essonne, développement de structures de diagnostic précoce et coordination avec les centres de niveau 3	x						
			9	Créer un centre de diagnostic autisme dans l'Essonne en lien avec l'ARS, le Conseil Départemental, le Dispositif intégré handicap (DIH) (ex dispositif intégré des troubles du spectre autistique/DITSA), le CRAIF et l'EPS Barthélemy Durand, en tenant compte des inégalités territoriales	x						
			10	Développer l'accompagnement à la parentalité et la psychiatrie périnatale	x	x					
	4	Prioriser la psychiatrie de l'enfant, des adolescents et des jeunes adultes	11	Approfondir le travail partenarial avec les établissements scolaires et notamment en faisant mieux connaître la médecine scolaire (notion de secret partagé)							
			12	Créer une unité pour adolescents-jeunes adultes dans les cas de « semi-urgence » permettant de répondre à une hospitalisation programmée, une hospitalisation de durée plus longue, une prise en charge adaptée aux jeunes adultes et faire face au pic d'activité de l'hospitalisation de crise		x					
			13	Coordonner les structures adolescents/identifier les acteurs du département et au-delà pour éviter les hospitalisations des adolescents et jeunes adultes en service adulte							
			14	Augmenter les moyens de la pédopsychiatrie afin de favoriser les prises en charge et l'intervention précoce en lien avec la priorité gouvernementale affichée (département de l'Essonne sous doté)	x						
			15	Favoriser la coordination des prises en charge entre le secteur sanitaire et le médico-social en améliorant la prise en charge des transports							
	5	Sensibiliser au repérage précoce les acteurs concernés par la santé mentale	16	Consolider la prévention, l'intervention précoce et la prise en charge des addictions pour les adolescents							
			17	Renforcer les compétences des personnes en matière psychosociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental	x						
			18	Mobiliser et sensibiliser les acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse							
			19	Accompagner la dynamique partenariale de sensibilisation du grand public aux problématiques de santé mentale							

4.Prévention, gestion de l'urgence et de la crise	6	Organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence	20	Déployer sur le Département le dispositif réglementaire de réponse aux urgences psychiatriques (soins sous contrainte...) sous l'égide de l'ARS et s'inspirer de la charte « urgences et psychiatrie » (juin 2015, SAMU - Urgence de France, Conférence Nationale des PCME de CHS)	x						
			21	Développer une offre d'équipe mobile de crise dans les établissements dépourvus		x					
			22	Prévenir l'urgence psychiatrique, afin notamment de réduire les soins sous contrainte (objectif du PRS de les réduire de 6 points) : amélioration du suivi ambulatoire, développement de l'Education thérapeutique du patient et de l'empowerment... (priorité 5 du PTSM)							
			23	Faire intervenir des Infirmiers (ères) de pratique avancée (IPA) à partir des CMP, afin d'assurer le lien avec les structures extérieures (EHPAD, autres établissements médico-sociaux, établissements scolaires...) pour les situations de crise et de décompensation							
	7	Mettre en place un suivi ambulatoire spécialisé, en alternative à l'hospitalisation en cas de risque suicidaire	24	Développer des consultations spécifiques « suicide » par des professionnels formés à cette question, y compris sous la forme d'accueil téléphonique							
	8	Re-contact des personnes après tentative de suicide	25	Déployer dans l'Essonne le dispositif de recontact après tentative de suicide du type « Vigilans »	x						

5. Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion	9	Coordination, échange et communication entre les acteurs	26	Améliorer la lisibilité de l'offre en santé mentale existante sur le département (annuaire...)						
			27	Envisager une organisation pérenne favorisant la coordination institutionnelle départementale et la mise en œuvre du PTSM (type CPT ou autre)	x					
			28	Mettre en place des cases managers/gestionnaires de cas (référénts parcours) pour une coordination autour de situations complexes (comorbidité addictologie...)						
			29	Améliorer la coordination des parcours avec la ville et les autres acteurs de 1er recours en lien avec les futures CPTS et autres modes d'exercice coordonnés						
			30	Favoriser le déploiement d'outils numériques de coordination en veillant à leur interopérabilité le cas échéant (Dispositif Terr-eSanté ...)						
	10	Prévenir les ruptures aux âges charnières et éviter les prises en charge inadéquates	31	Prévenir les ruptures aux âges charnières : jeunes adultes, personnes âgées de plus de 60 ans, parentalité...		x				
			32	Conforter les consultations spécifiques CSAJA						
			33	Exploiter le travail sur les patients sous amendement Creton mené dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT)		x				
			34	Développer des structures adaptées (ex : foyer handicap vieillissant, travailleur handicapé vieillissant...)	x					
			35	Renforcer la politique de réduction des risques (addictologie) pour les personnes en très grande précarité et rendre plus opérationnelle la coordination entre la psychiatrie, les urgences, les acteurs de l'addictologie et les associations caritatives						
			36	Accélérer et faciliter l'ouverture des droits et l'orientation MDPH		x				

5. Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion	11	Agir pour des pratiques orientées «rétablissement»	37	Développer des solutions de prise en charge de type SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés), favorisant les accompagnements en milieu ordinaire																
			38	Développer davantage de dispositifs tels que les logements accompagnés et inclusifs (capacité et pérennisation), foyers de vie, post-hospitalisation pour les patients psychotiques chroniques (exemple des foyers ALVE)																
			39	Asseoir le développement, la structuration dans le domaine de la remédiation cognitive/réhabilitation psychosociale afin de prévenir les ruptures, favoriser l'insertion et diminuer les coûts de prise en charge : travailler sur les compétences des personnes, les faire évoluer avec un projet de vie adapté. Démarche qui se rapproche de l'ETP et qui est très efficace. Ne pas se focaliser sur la déficience	x															
			40	Accompagner et soutenir les aidants, notamment à travers des programmes d'ETP, Profamille...	x															
			41	Réflexion à mettre en œuvre sur la prise en compte de la vie sentimentale et sexuelle pour les personnes avec troubles psychiques et handicap																
	12	Agir sur les déterminants de la santé mentale	42	Développer les actions au plus près de la population cible en favorisant la mobilité vers les lieux/bassins de vie des personnes les plus vulnérables. Développer des actions « d'aller vers »																
			43	Développer l'information et la sensibilisation de tous par le déploiement de la Semaine d'information en Santé Mentale (SISM) sur l'ensemble du territoire																
			44	Développer les actions de plaidoirie auprès des décideurs et favoriser la prise en compte des déterminants de la santé mentale dans toutes les politiques publiques																
			45	Favoriser les choix d'urbanisme et d'aménagement du territoire favorables à la santé																
			46	Amplifier les actions de développement des Compétences psychosociales auprès des publics jeunes et des publics les plus vulnérables																
			47	Développer les actions de promotion de la santé mentale (addictions, vie affective et sexuelle, relations garçons-filles, égalité entre les femmes et les hommes...)																

GLOSSAIRE

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS.....	Aide au paiement d'une Complémentaire Santé
ALD.....	Affection de longue durée
ALF	Allocation de Logement Familial
ALS	Allocation de Logement Social
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARS.....	Agence Régionale de Santé
AURIF.....	Aménagement et Urbanisation de la Région Ile de France
CADA	Centre d'Accueil de Demandeur d'Asile
CAES	Centre d'Accueil et d'Examen de la situation
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CAFS	Centre d'Accueil Familial Spécialisé
CAMPS.....	Centre d'Accueil Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDSP.....	Commission de Délégation de Service Public
CDT.....	Contrat de développement de territoire
CHRS.....	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociales
CHSE	Centre Hospitalier Sud Essonne
CHSF	Centre Hospitalier Sud Francilien
CHUR	Centre d'Hébergement d'Urgence pour Réfugiés
CLIC.....	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CLS.....	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPP.....	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS	Centre médico-social
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNDA	Cour Nationale du Droit d'Asile
COFIL	Comité de Pilotage
CPAM.....	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPH.....	Centre provisoire d'hébergement

CRP Centre de rééducation professionnelle
 CSAPA..... Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
 CSSM Commission Spécialisée en Santé Mentale
 CTS Conseil Territorial de Santé
 DDCS Direction Départementale de la Cohésion Sociale
 DES Diplôme d'étude spécialisée
 DESC Diplôme d'étude spécialisée complémentaire
 DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
 ELSA Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
 EMS Établissement médico-sociaux
 EPSBD Établissement Public de Santé Barthélemy Durand
 ESAT Établissement et Service d'Aide par le Travail
 ESMS Établissement spécialisé médico-sociaux
 ESPIC..... Établissement de santé d'intérêt collectif
 FAM..... Foyer d'accueil médicalisé
 FH..... Foyer d'hébergement
 FOV Foyer de vie
 FTM Foyer pour travailleur migrant
 GHNE Groupe Hospitalier Nord Essonne
 IAE Insertion par l'activité économique
 IEM..... Institut d'éducation motrice
 IES Institut d'éducation sensorielle
 IME..... Institut médico-éducatif
 ITEP Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
 MAS Maison d'accueil spécialisée
 MDA Maison des adolescents
 MDPH Maison départementale des personnes handicapées
 MDS Maison de santé
 PAEJ..... Point accueil écoute jeune
 PAG Plan d'accompagnement global
 PASS Permanence d'accès aux soins de santé
 PCH Prestation compensation du handicap
 PDHL..... Plan départemental de l'habitat et du logement
 PG..... Psychiatrie générale
 PIJ..... Psychiatrie infanto-juvénile

PLAI Prêt locative aide d'intégration
PTSM Projet territorial de santé mentale
RAPT Réponse accompagnée pour tous
RSA..... Revenu de solidarité active
SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SMPR Service médico-psychologique régional
SPDT Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPPI Soins psychiatriques pour péril imminent
SPU..... Soins psychiatriques en urgence
SROS Schéma régional d'organisation des soins
TSA Trouble du Spectre Autistique
UEROS Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation
UMI Unité mobile départementale
ZAC..... Zone d'action départementale
ZIP Zone d'intervention prioritaire

ANNEXES

Gouvernance du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Essonne

Membres du comité de pilotage du Projet Territorial de Santé Mentale		
Membres invités lors du premier COFIL	Noms	Fonction
ARS	Julien GALLI	Délégué départemental
	Julien DELIE	Délégué départemental adjoint
CTS 91	Philippe NASZALYI	Président du Conseil Territorial de la Santé de L'Essonne
Les acteurs sanitaires		
GHNE	Guillaume WASMER	Directeur du GHNE
	Yves CONDÉ	Directeur adjoint du GHNE
	Sandrine BEDNARSKI	Directrice du Pôle Psychiatrie
	Dr Roland HELLIO	Président de CME
	Dr Bruno FAGGIANELLI	Président de CME
	Dr Teim GHANEM	Psychiatre Chef de Pôle Psychiatrie
CHSF	Thierry SCHMIDT	Directeur
	Dr Michèle GRANIER	Présidente de CME
	Mélanie JULLIAN	Directrice adjointe
	Dr Caroline DEBACQ	Psychiatre Chef de pôle Psychiatrie
EPS Barthélémy-Durand	Marie-Catherine PHAM	Directrice/Présidente de la Commission santé mentale CTS 91
	Dr Martin BOUZEL	Président de CME
	Sébastien MINGER	directeur de la stratégie, des partenariats et des affaires générales
Les acteurs du médico-social		
Fondation Franco-Britannique de Sillery	Bernard YASSEF	Directeur général
Croix Rouge Française	Angelina VALENTI	Directrice départementale
Syndicat national des psychologues Ile de France	Céline ZADIGUE	Secrétaire du Bureau régional Ile de France
Préfecture de l'Essonne et services de l'Etat	Marc MULET	Procureur adjoint
	Alain BUCQUET	Préfet à l'égalité des chances
	Gaëlle KEROUREDAN	Déléguée du Préfet Quartiers prioritaires Grigny
	Annie CHOQUET	Directrice Direction de la cohésion sociale
	Julie PRIEUR	Déléguée du Préfet
Organisme de Sécurité Sociale	Cécile ALOMAR	Directrice de la CPAM de l'Essonne
	Dr Francis CORRIAS	Service médical de l'Essonne
	Eric SIRÉ	Directeur MGEN
MDPH	Pascale PREVOTEL	Directrice de la MDPH
Conseil départemental	Dr Claudette BUISSON	Directrice de la PMI
	Dr Elisabeth DIEU	Médecin PMI
Communes	Dr Pascale ECHARD-BEZAULT	Directrice santé publique Evry-Courcouronnes
	Sophie SEVADJIAN	Coordinatrice du CLSM Evry Courcouronnes Ris-Orangis
Associations d'usagers et de familles	Mme Dominique ERGAND	UNAFAM 91
	Mme Josiane RAMEL	UNAFAM 91
	Mme Annie LABBE	ARGOS 2001
	M. Jean-Claude MATHA	UNAFAM
	M, Jean-Claude GALINAND	associations de retraités et de personnes âgées
	M. Gérard AUSSEIL	associations de retraités et de personnes âgées
Professionnels et offreurs des services de santé	Monsieur Philippe LEFEVRE	Institut Renaudot
	Docteur Dominique DREUX	Conseil régional de l'Ordre des médecins IDF
	Docteur Mathie COCO	Conseil régional de l'Ordre des médecins IDF
	Denis JOUTEAU	Fédération Addictions
	Astrid ELMERICH	ANPAA
	Docteur Patricia LUBELSKI	URPS Médecin
Fatima SAID DAUVERGNE	FEMASIF	
Docteur Dominique RICHARD	FEMASIF	

GROUPE Projet Territorial de Santé Mentale

Vendredi 15 février 2019

<i>Organisme</i>	Noms	Fonction	Signature
ARS			
	<i>Julien DELIE</i>	Directeur de Projet	
CTS 91			
	<i>Philippe NASZALYI</i>	Président du Conseil Territorial de la Santé de L'Essonne	
<i>Les acteurs sanitaires</i>			
GHNE	<i>Sandrine BEDNARSKI</i>	Directrice du Pôle Psychiatrie	
CHSF	<i>Mélanie JULLIAN</i>	Directrice adjointe	
EPS Barthélémy-Durand			
	<i>Marie-Catherine PHAM</i>	Directrice/Présidente de la Commission santé mentale CTS 91	
	<i>Sébastien MINGER</i>	directeur de la stratégie, des partenariats et des affaires générales	
	<i>Yayi DOUCOURÉ</i>	Chargée de mission PTSM	
<i>Organisme de Sécurité Sociale</i>			
CAF	<i>Marc LE FLOC'H</i>	Directeur adjoint CAF de l'Essonne	
<i>Conseil départemental</i>			
DGA	<i>Isabelle GRENIER</i>	DGA solidarités	
PMI	<i>Dr Claudette BUISSON</i>	Directrice de la PMI	

Courrier des représentants du COFIL du PTSM au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France

Les représentants du COFIL
du PTSM de l'Essonne

Monsieur Aurélien ROUSSEAU
Directeur général
ARS Ile-de-France
Le Millénaire 2
3, rue de la Gare
75835 PARIS CEDEX 19

Evry, le 05/10/2018

Monsieur le Directeur général,

Nous confirmons être engagés activement dans le processus d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Essonne, conformément aux dispositions du décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017.

Aux côtés du Président du Conseil Territorial de santé de l'Essonne et de la Délégation Départementale de l'ARS, animateurs de la démarche territoriale, nous représentons également nos collègues membres du comité de pilotage (COFIL), dont vous trouverez ci-joint la composition.

Conformément aux dispositions de l'article R. 3224-2-1 du code de la santé publique, nous agissons en qualité de correspondants de l'Agence Régionale de Santé:

- Marie-Catherine PHAM, Directrice de l'établissement public de santé Barthélemy Durand, Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale du CTS de l'Essonne
- Dr Claudette BUISSON, Directrice de la Protection maternelle et infantile, Conseil départemental de l'Essonne
- Dr Dominique DREUX, Vice-Président du Conseil de l'ordre des médecins de l'Essonne
- Dominique ERGAND, Présidente de l'Union départementale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques/UNAFAM 91.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Directeur Général, en l'assurance de nos respectueuses salutations.

Marie-Catherine PHAM



Dominique DREUX

Claudette BUISSON

Dominique ERGAND

UNAFAM ESSONNE
4, rue d'Ardenay
91120 PALAISEAU
Tél : 01 64 46 96 21



Direction de l'Offre de Soins
Cellule Projets régionaux / Santé mentale

Affaire suivie par :
Philippe Guinard

Courriel : philippe.guinard@ars.sante.fr
Tél : 01.44.02.05.29.

Madame Marie-Catherine PHAM
Présidente de la Commission spécialisée santé
mentale de l'Essonne
EPS Barthélémy Durand
Avenue du 8 mai 1945
91150 ETAMPES

Paris, le 13 DEC. 2018

Objet : Réponse à votre courrier du 5 octobre 2018 concernant votre projet territorial de santé mentale de l'Essonne

Madame la Présidente,

Par courrier du 05 octobre 2018, vous proposez de prendre l'initiative d'un projet territorial de santé mentale tel que défini par l'article L3221-2 du code de la santé publique. Le territoire de santé mentale envisagé pour ce projet correspond à l'ensemble de l'Essonne. Vous avez défini un comité de pilotage chargé de superviser la démarche qui associe des acteurs intervenant dans le champ de la psychiatrie, du handicap psychique et de la santé mentale en général. Ce comité de pilotage propose que les correspondants de l'Agence soient :

- Mme Marie-Catherine PHAM, présidente de la commission spécialisée santé mentale du Conseil territorial de santé de l'Essonne, directrice de l'EPS Barthélémy Durand
- Mme le Docteur Claudette BUISSON, directrice de la Protection maternelle et infantile, Conseil départemental de l'Essonne
- M. le Docteur Dominique DREUX, vice-président du Conseil de l'ordre des médecins de l'Essonne
- Mme Dominique ERGAND, présidente de l'Union départementale des familles et amis de personnes malades et / ou handicapées psychiques UNAFAM 91

C'est bien volontiers que j'accepte cette proposition et vous encourage à poursuivre la dynamique engagée avec la réunion de lancement du 4 octobre dernier qui a réuni un large auditoire. Vous veillerez à associer l'ensemble des acteurs qui peuvent contribuer au projet, en particulier les acteurs de la prévention et les conseils locaux de santé mentale qui se développent sur votre territoire.

J'attire votre attention sur le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2022 qui a été publié le 23 juillet 2018. La santé mentale constitue l'une des 8 priorités thématiques du Schéma avec 24 objectifs d'amélioration. Les projets territoriaux de santé mentale sont un outil essentiel pour décliner et adapter ces objectifs à chaque territoire.

L'Agence régionale de santé sera en appui à toutes les étapes d'élaboration du projet. Pour aider la démarche, un soutien financier de 50.000 € est alloué ; il sera géré par l'Établissement public de santé Barthélémy Durand en fonction des besoins que vous aurez définis avec la Délégation départementale de l'Agence. En tant que correspondant de l'ARS pour ce projet, vous rendrez compte de l'emploi de cette aide. Je vous invite à définir aussitôt que possible, l'agenda prévisionnel de la démarche projet et en particulier l'échéance de présentation du diagnostic territorial partagé que je devrai arrêter.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de ma considération distinguée.

Rien à moi,

Le Directeur général
de l'Agence régionale de santé
Ile-de-France


Arétien ROUSSEAU

Copies envoyées par courriel :

Dr Claudette BUISSON
Dr Dominique DREUX
Mme Dominique ERGAND



**Journée de réflexions
pour le lancement du travail d'élaboration
du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Essonne**

« La santé mentale est l'affaire de tous ! Travaillons ensemble ! »

Jeudi 4 octobre 2018 de 9h à 17h

**Palais 91
2 rue Jules Guesde
91130 Ris-Orangis**

9h00 – Café/Accueil des participants par Hélène DELMOTTE, Journaliste

9h15 - Ouverture par Julien GALLI, Délégué Départemental de l'ARS et Philippe NASZALYI, Président du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne

9h45 – La démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS2) par Philippe GUINARD, Chargé de mission santé mentale de l'ARS-IDF et Julien DELIE, Directeur de projet, ARS/Délégation de l'Essonne

10h15 – Présentation des principales données territoriales relatives à la santé mentale en Essonne par Charlotte ROUDIER-DAVAL, Géographe

10h30 – Les premiers travaux collaboratifs : l'Inter-GHT et la psychiatrie en Essonne par le Dr Caroline DEBACQ, Chef du pôle psychiatrie du Centre hospitalier Sud Francilien (CHSF), et le Dr Martin BOUZEL, Président de la CME de l'Etablissement public de santé mentale Barthélemy DURAND

10h45 – Premier état des lieux de la réflexion par la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne par Marie-Catherine PHAM, Présidente de la commission

11h00 – Table ronde: Travailler ensemble. Quelques pistes d'actions en santé mentale:

Prévention et santé mentale par Aude CAMBECEDES, Responsable du département Prévention et Promotion de la Santé, ARS/Délégation de l'Essonne

Un Conseil local de santé mentale : l'exemple de la Communauté d'Agglomération de Paris-Saclay (CAPS) par Thomas DIPPE, coordonnateur du CLSM de la CAPS

La Collaboration hospitalière à un CLSM par Sandrine BEDNARSKI, Directrice-adjointe/Groupe Hospitalier Nord-Essonne (GHNE)

Le travail protégé dans le cadre d'un CLSM par Philippe FERRER, directeur de l'ESAT la Vie en Herbes à Marcoussis/ Fondation « les amis de l'atelier »

Le logement inclusif par Laurent BURCKEL, Vice-Président, et Eric MERMIGNOD, Directeur Général de l'Association des Lieux de Vie Essonnais (ALVE)

Le rôle des familles par Dominique ERGAND, Présidente déléguée de l'UNAFAM 91

Justice et santé mentale : de nouvelles formes de collaboration à inventer par Cédric CABUJ, Procureur-adjoint près le TGI d'Evry

Santé mentale et précarité par Claire TOURNEQUILLERT, Chef du bureau des politiques sociales, Direction départementale de la cohésion sociale de l'Essonne

12h15 – Questions/Echanges avec la salle avec Héléne DELMOTTE

12h45 – Déjeuner/buffet offert

14h à 15h30 – Ateliers :

Ces ateliers préfigurent les groupes de travail qui seront institués avec les volontaires pour l'élaboration du diagnostic partagé et des actions présentés à la signature du directeur-général de l'ARS pour devenir le PTSM 91 (2019-2023)

1^{er} atelier : L'entrée dans le parcours de prise en charge

Animation : Dr Claudette BUISSON, Directrice de la PMI, Conseil Départemental de l'Essonne

2^{ème} atelier : La prévention, la gestion de l'urgence, et la crise

Animation : Dominique ERGAND, Présidente déléguée de l'UNAFAM 91

3^{ème} atelier : Parcours de vie et de soins sans rupture et l'insertion

Animation : Dr Dominique DREUX, Conseil de l'Ordre des Médecins-1117

15h30 - Restitution des 1ères réflexions des ateliers

16h - Questions/Echanges avec la salle avec Héléne DELMOTTE, Journaliste

16h30 - Conclusion par Aurélien ROUSSEAU, Directeur Général de l'ARS, et Ph. NASZALY, Président du CTS de l'Essonne.

Diagnostic territorial partagé : matrices thématiques issues des groupes de travail

Travail d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Essonne « *La santé mentale est l'affaire de tous ! Travaillons ensemble !* »

1^{er} atelier : Entrée dans le parcours de prise en charge

Animation : Dr Claudette BUISSON, Directrice de la PMIS, Conseil Départemental de l'Essonne

THEMATIQUES :

○ **Prévention : prévenir de l'apparition ou de l'aggravation des troubles psychiques**

Le décret PTSM interroge notamment sur :

- Informations et éducation à la santé concernant les troubles psychiques et promotion des facteurs favorisant le bien-être mental

○ **Dépistage précoce et diagnostic spécialisé précoce**

*Le décret cadrant le projet territorial de santé mentale indique qu'il a pour priorité « l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins, conformément aux **données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.** »*

Le décret PTSM interroge notamment sur :

- La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au **repérage précoce** des troubles (notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse...)
- « L'accès le plus précoce possible aux diagnostics et aux soins psychiatriques pour prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap » (décret PTSM)
 - Le **diagnostic** : errance diagnostique, délais d'accès au diagnostic, méthodes conformes aux dernières données de la science...
 - Le diagnostic et prise en charge de l'autisme
 - « L'accès à un **avis spécialisé** et aux **dispositifs spécifiques** (au niveau départemental, voire hors département) pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes, pédiatres... » (décret PTSM)

○ **Coordination des soins autour de l'enfant, des adolescents et jeunes adultes**

*Le décret cadrant le projet territorial de santé mentale indique qu'il faut prendre en compte la spécificité de certains publics à risques (enfants, adolescents, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité...), ainsi que la continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du **passage à l'âge adulte.***

- **Accès rapide à la pédopsychiatrie (en libéral ou institutionnel)**
- **Parentalité, périnatalité, maternologie**
- **Prévention et gestion de la maltraitance**

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
Prévention et dépistage précoce	
<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de structures de prévention efficaces (PMI, Maison Verte, secteurs de pédopsychiatrie, maisons de quartier, AJC, SAMF, MDA91...) • Existence d'actions de prévention du système de santé (CPAM prévention concernant le renoncement aux soins...) • Existence d'un comité départemental de coordination des actions d'éducation à la santé et à la sexualité dans l'Essonne : seul département à avoir ce dispositif • Coordination entre le centre de planification et d'éducation familiale et le centre d'orthogénie (contraception, IVG) • Existence d'initiatives de prévention dans les entreprises, prévention par le bien-être au travail grâce un accueil et un accompagnement du salarié dans l'entreprise (crèches inter-entreprises, salles Snoezelen...) <p>Dépistage/repérage précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repérage effectif par différents acteurs du territoire : commune (CCAS), maison des solidarités (MDS), médecin traitant, réseau d'alerte, médecine scolaire et universitaire (psychologue et infirmier), médecine préventive (travail), crèche, tuteur, secteur social, protection de l'enfance... • Cellule d'Information Préoccupante de l'Essonne qui fonctionne de manière satisfaisante • Bon relai d'adressage par l'école primaire • Démultiplication des adultes ressource auprès des adolescents en Essonne, ce qui permet d'identifier les signaux d'alerte • Initiative de formation des pairs pour les mobiliser dans le processus d'alerte auprès des adultes • Repérage et prise en charge des 	<p>Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hétérogénéité des programmes de prévention et besoins de méthodes validées • Modalités d'accueil sur les structures de prévention parfois mal adaptées aux spécificités d'une population multiculturelle et précaire • Moyens insuffisants en pédopsychiatrie pour assurer les missions de prévention, de diagnostic et de soins malgré les grandes compétences des professionnels • Besoin d'actions pluriannuelles et d'une continuité • Insuffisance de la prévention en santé mentale, manque de moyens pour la prévention individuelle en petite enfance (PMI...) • Face au décalage entre les ressources et les besoins, priorisation sur les troubles graves, laissant peu de temps disponible pour la prévention <p>Dépistage/repérage précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inégalité territoriale dans les structures de repérage (maillage des MDS...), absence de professionnel de santé au sein des structures de repérage (CCAS...) à même d'identifier le besoin de prise en charge • Insuffisance de dépistage et de diagnostic dans les Centres départementaux de prévention et de santé (CDPS) • Besoin d'un appui technique dans le repérage des troubles pour des acteurs non experts de première ligne • Pénurie dans le champ de la santé au travail et de la médecine scolaire et universitaire • Populations qui échappent au repérage (difficultés liées à la parentalité, barrières culturelle, socio-culturelle...) • Difficulté de repérage et de prise en charge précoce des victimes de psychotraumatisme : violences conjugale et intrafamiliale, violences sexuelles,

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>étudiants, notamment psychologique, dans le cadre du CLS Orsay et Saclay</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opportunité de la future réglementation concernant le rôle des infirmiers de pratique avancée en psychiatrie (IPA) dans le repérage et la prévention (IDE formées, qui pourront se mobiliser à domicile, dans les écoles ...) • Existence d'une équipe mobile (UCLI) contribuant au dépistage et repérage précoce <p>Orientation après repérage et prise en charge précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Banalisation du lieu de repérage inséré dans la ville <p>Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation des travailleurs sociaux aux premiers repérages pour des orientations auprès de professionnels spécialisés • Formation multi-catégories proposée sur le Département (CEPFI) <p>Outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cohérence entre les objectifs des ateliers santé ville et des CLS 	<p>violences de guerre (migrants, réfugiés, attentats...), harcèlement (travail, école), maltraitance...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risque de banalisation des signes d'alerte et de repérage en amont des victimes de psychotraumatisme, difficulté de reconnaissance du statut de victime (travail pluridisciplinaire à effectuer) • Manque d'équipe mobile contribuant au dépistage et repérage précoce sur les territoires non couverts (EPS BD, CHSF) <p>Orientation après repérage et prise en charge précoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance de partir de l'expression des besoins par la personne concernée par le problème psychique et d'adopter la bonne posture • Difficulté à concilier l'alerte après le repérage avec la liberté de chacun de s'adresser ou non à un professionnel de santé • Difficulté pour les acteurs de savoir vers qui orienter les personnes en difficulté psychique en cas de signe d'alerte identifié • Stigmatisation de la santé mentale défavorable à l'entrée dans le parcours <p>Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de moyens, manque de formation des acteurs de première ligne dans le repérage actif et le dépistage • Manque de formation au repérage précoce des équipes qui accompagnent (AVS, CHRS, CPH, structures d'accompagnement dans l'insertion professionnelle et l'emploi - Pôle Emploi, Maison de l'Emploi, structure d'insertion par l'activité économique - ...) • Nécessité d'une remise à niveau régulière des professionnels de santé pour maintenir à jour les compétences <p>Outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variabilité des compétences selon les structures (outils actualisés recommandés) pour les bilans pour les

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
	<p>enfants et manque de cohérence des prises en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'outil d'évaluation multidimensionnelle : pas seulement psychiatrique ou sanitaire • Sous-évaluation des comorbidités et troubles associés
Diagnostic spécialisé précoce	
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place des soins précoces en pédopsychiatrie dans l'attente d'un diagnostic précoce spécialisé auprès d'acteurs de recours • Equipes départementales mobiles permettant d'assurer un diagnostic spécialisé en lien avec les autres acteurs : DIAPSY (précarité) et EMPSA (personnes âgées) (EPS BD) • Existence de soins spécialisés (surdité, trouble du spectre autistique, psychiatrie transculturelle, thérapie familiale, troubles émergents, bipolaires, phobies, TOC...) et d'outils d'évaluation validés • Existence d'un centre de référence pour le diagnostic précoce des jeunes adultes à Savigny sur Orge (CSAJA, EPS BD) <p>Et après le repérage et le diagnostic ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe mobile de liaison et de crise à Orsay (interventions sur des situations d'alerte en provenance des CCAS notamment, prévention et diagnostic précoce) (GHNE) • Densité des centres ambulatoires en psychiatrie (CMP, CMPP, CAMPS) pouvant intervenir dans le diagnostic • Centre expert et r�f�rent de transition dédié aux jeunes adultes (CSAJA) : �quipe experte dans la détection 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de fuite important des patients de l'Essonne pour accéder à des diagnostics spécialisés précoces • Département défavorisé en structures de diagnostic précoce, entraînant des prises en charge retardées et/ou inadéquates (accès et pertinence des prises en charge) • Faible lisibilité de l'offre de prise en charge spécialisée • Demande en augmentation, en particulier pour des explorations diagnostiques et mise en place d'actes thérapeutiques • Temps d'accès au dépistage spécialisé (centres d'apprentissage du langage, TSA...) • Délai trop long pour obtenir un diagnostic (tests génétiques, bilan en neuropédiatrie, bilan en psychologie...) • Manque EEG/IRM pour les enfants • Absence d'orthophonistes pour compléter les bilans prévus pour un diagnostic et pour assurer la prise en charge orthophonique avant acquisition du langage • Nécessité d'extension du CSAJA à l'ensemble du département (moyens insuffisants) <p>Et après le repérage et le diagnostic ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si repérage et dépistage, qui travaille sur « l'accroche », l'accompagnement et l'adhésion vers la prise en charge ? • Difficulté à gérer le déni des parents face aux problèmes de l'enfant, nécessité d'un accompagnement par des professionnels formés (notamment le médecin traitant pour éviter les contradictions), voire une mobilisation de la protection de l'enfance • Diagnostic partagé nécessaire • Accompagnement des familles et des

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>précoce et d'aide au diagnostic, accès aux soins le plus précocement possible, avec pour objectif le rétablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux dispositifs départementaux pour limiter les cas de personnes « sans solution » <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la réponse accompagnée pour tous (RAPT) par la MDPH (enfants et adultes) - EMA 91 (accompagnement des personnes handicapées sans solution) - Dispositifs Intégrés des Troubles du Spectre Autistiques (DITSA) 	<p>patients dans l'annonce et la prise en compte d'un diagnostic posé ou à poser</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de prise en compte dans la prise en charge des spécificités ethnoculturelles • Difficultés d'orientation et de prise en charge précoce des personnes sans soutien familial (importance des aidants) • Délai d'orientation trop long après dépistage, retard de mise en place des interventions précoces • Après l'orientation de la première ligne, délais d'attente, moyens d'accès aux structures de prise en charge et manque de moyens, défavorables à la prévention, l'accueil, l'orientation • Démographie médicale des psychiatres (notamment pédopsychiatres) • Démographie des autres professionnels de santé (orthophonistes, généralistes, autres professionnels libéraux...) • Peu de ressources libérales en pédopsychiatrie • Inégalité territoriale Nord-Sud • Manque de candidatures d'orthophonistes (statut hospitalier très peu attractif), raréfaction des postes dans les établissements publics et associatifs et offre libérale insuffisante et non adaptée • Manque de places disponibles (polyhandicap, autisme...) après le diagnostic posé et d'orientation pour permettre une prise en charge • En complément du parcours sanitaire, complexité et délai de l'entrée dans le parcours du handicap psychique (démarches pour l'ouverture des droits MDPH, CDAPH...), nécessité de sensibilisation du corps médical intervenant dans ces démarches administratives (connaissance de la nomenclature administrative pour maximiser les droits ouverts) • Difficultés d'orientation et orientation tardive vers le médico-social du fait de la stigmatisation et de la méconnaissance

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
Diagnostic et prise en charge de l'autisme	
<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et soins pour prévenir les risques développementaux des trois premières années de la vie • Existence d'un outil expérimental de repérage précoce des TSA (Grille PREAUT) • Evaluation lors de la 1^{ère} consultation d'admission en IME pour élaborer une prise en charge individuelle et adaptée (test de la communication orale et gestuelle...) • Coordination autour de la prise en charge des TSA à travers un Dispositif Intégré des Troubles du Spectre Autistique 91 (DITSA 91) • Mise en place prochaine d'une plateforme de diagnostic TSA avec rôle de sensibilisation des professionnels du territoire (repérage, orientation) • Projet de mise en place d'un centre ressource pour autiste dans l'Essonne 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'offre de diagnostic spécialisé de l'autisme en Essonne (CDEA) • Accroissement des pathologies lourdes prises en charge (troubles du spectre de l'autisme...) • Prise en charge des troubles autistiques très difficile (manque de places, complexité d'intégrer les enfants autistes en IME, accueil en Belgique -problème national...) • Parcours de soins et de vie sur les TSA complexe à organiser, notamment pour les aidants • Pas de lits d'hospitalisation temps plein pour les moins de 12 ans, ce qui peut manquer pour des indications ciblées (trouble du spectre autistique, bilans, diagnostics...) • Existence de difficulté d'accès aux soins et aux plateaux techniques voire de refus de soins
Coordination des soins autour de l'enfant, des adolescents et jeunes adultes	
<p>Parentalité/périnatalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif d'entretien prénatal précoce (EPP) • Staff médico-psychosocial : une force pour se coordonner en psychiatrie périnatale • Possibilité de recours au dispositif PRADO : programme de retour à domicile en sortie de maternité • Prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale des (futurs) parents présentant un trouble psychique, en lien avec les obstétriciens et la pédopsychiatrie • Existence de lieux de soins et d'accueil pour les tout-petits dans différents endroits de l'Essonne (ateliers et groupes enfants/parents, lieux d'accueil parents-enfants, consultations, urgence « bébé » ...) • Existence d'une consultation spécialisée en psychiatrie périnatale 	<p>Parentalité/périnatalité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de moyens pour développer la périnatalité • Pas de structure identifiée de prise en charge spécialisée en Essonne pour les pathologies psychiatriques maternelles et détresses psychiques pendant la période périnatale et avant grossesse (parentalité inadaptée, prévention de la maltraitance...), couplant la prise en charge mère-bébé • Absence d'unité d'hospitalisation mère-bébé avec troubles psychiques dans l'Essonne • Manque de compétence spécialisée ou d'offres identifiées sur le territoire pour les prises en charge des troubles du lien mère-enfant • Manque de repérage des traumatismes psychiques des futurs parents (grossesse, deuil) • Besoin d'intégrer une évaluation complète

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>(EPSBD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulation avec les autres acteurs de la périnatalité <ul style="list-style-type: none"> - crèches familiales et collectives, haltes-garderies, PMIS, CAMSP, ASE, médecine de ville, sage-femme... - actions de prévention en lien avec les dispositifs des PMIS • Réseau Périnat Ile-de-France Sud (Essonne et sud Seine-et-Marne), bien ancré sur le territoire, réunissant les hôpitaux publics et privés, les conseils départementaux et les libéraux <p>Accès à la Pédopsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat avec les professionnels de la petite enfance et le secteur sanitaire • Prise en charge précoce avant 6 ans, grâce à un travail en réseau avec les PMI, les CAMSP, la pédiatrie • Organisation permettant de prioriser les soins en CMP pour certaines populations (jeunes adultes, adolescents, bébés) 	<p>de la santé mentale dans le parcours de soin de la grossesse et du post-partum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des mamans et des parents restant informelle, surtout centrée sur la prévention pour le bébé • Risque de rupture de prise en charge pour les mères au moment de l'orientation vers les CMP et réticence à orienter les mères et les pères vers la psychiatrie périnatale (stigmatisation) • Manque une école des parents départementale <p>Accès à la Pédopsychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Croissement de la demande sociétale de prise en charge psychologique en cas de difficultés • Augmentation des besoins (configuration des familles, phénomènes migratoires, arrivée tardive dans les parcours de soins, articulation entre les structures sanitaires et autres) • Vacance de postes de psychiatres dans les services infanto-juvéniles • Délais de rendez-vous et de prise en charge apparaissant trop longs (liste d'attente en CMP, en CMPP et en CAMSP...) • Manque d'orthophonistes dans l'Essonne, ce qui représente une inégalité majeure pour la prise en charge • Difficultés d'accès aux prises en charge itératives en orthophonie (libérale ou hospitalière) du fait de la non-prise en charge des transports des enfants par la sécurité sociale • Problématique de prise en charge financière des transports (taxi) risquant d'aboutir à une renonciation aux soins et complexifiant la coordination entre le secteur médico-social (IME) et le secteur sanitaire • Problématique de prise en charge sur une même journée d'une prise en charge séquentielle sanitaire/médico-sociale (prix de journée IME (repas)) • Difficultés liées à l'absence de prise en

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Adolescents et jeunes adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des prises en charge non sectorisées spécialisées : <ul style="list-style-type: none"> - Centre de crise intersectoriel et départemental (Ste-Geneviève-des-Bois) - Hospitalisation à temps complet pour adolescents à vocation départementale (Orsay) - Hôpital de Jour départemental «La Maison du Cèdre» (Ste-Geneviève-des-Bois) - CATTp départemental (Ste-Geneviève-des-Bois) - Consultations d'addictologie jeune consommateur • Offre pour les adolescents qui s'est renforcée : <ul style="list-style-type: none"> - Offre d'hospitalisation à temps complet pour adolescents qui s'est développée depuis quelques années (Ste-Geneviève-des-Bois, Orsay) - Maison des Adolescents départementale du 91 (EPSBD, structure non sanitaire) • Service de pédiatrie, dont l'un possède une Unité d'Hospitalisation MCO spécialisée pour Adolescents (Corbeil, CHSF) • Présence de consultations avancées en milieu scolaire (CJC, PAEJ, CSAPA, MDA...) • Efficacité des PAEJ pour les jeunes et leur famille mais manque de moyens • Existence d'un centre de référence pour le diagnostic précoce des jeunes adultes (CSAJA, EPS BD) • Existence d'une organisation spécifique pour favoriser la rapidité d'accès aux 	<p>charge par la sécurité sociale des consultations des psychologues libéraux (remboursement des psychothérapies brèves...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manques dans la prise en charge pour la tranche d'âge entre la petite enfance et l'adolescence • Manque de diversification de l'offre face à la non-verbalisation de l'enfant <p>Adolescents et jeunes adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance réciproque par les acteurs du terrain des offres et des modalités d'adressage à affiner • Moyens nécessaires pour les structures spécialisées adolescents-jeunes adultes • Manque d'une unité d'hospitalisation adolescent/jeune adulte à durée plus longue pour affiner le diagnostic en dehors de la crise en Essonne • Besoin de renforcement de personnel à la MDA au vu de l'ampleur du territoire départemental couvert • Places insuffisantes dans l'unité d'hospitalisation MCO pédiatrique spécialisée pour les adolescents de Corbeil (CHSF) • Délai qui s'allonge du fait du manque de moyens pour le centre de référence pour le diagnostic précoce des jeunes adultes (CSAJA) permettant un accès précoce aux soins et d'éviter les soins sous contrainte (traumatisant et risquant de compromettre l'entrée dans les soins) • Partenariats pas toujours formalisés (médico-éducatif et médico-social, MDA, structures intersectorielles...) • Saturation d'un certain nombre de structures médico-sociales, manque de structures IME pour les cas complexes, 70 % des patients sous amendement CRETON relèvent de foyers de vie • Parcours des adolescents en situation complexe • Manque de formation des professionnels qui sont auprès des adolescents sur l'accompagnement des auteurs de violence • Manque de moyens pour une bonne

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>soins en CMP (EPS BD) favorisant la prévention pour les jeunes adultes 17-25 ans (public à risque et qui vont développer une pathologie, risque de suicide, troubles bipolaires...): protocole d'accès aux soins qui permet un entretien dans les 15 jours</p> <p>Coordination des soins autour de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volonté des acteurs de travailler ensemble, d'un travail collaboratif, voire participatif • Désir de partager les compétences soignantes reconnues entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire et présence de professionnels du soin dans les établissements médico-sociaux • Bon maillage territorial de l'Essonne par les structures de secteur • Richesse de l'offre sectorielle permettant un parcours individualisé <ul style="list-style-type: none"> - Hôpitaux de jour sectoriels - Suivis thérapeutiques sectorisés par les CMP, CATT... • Prise en charge pluri professionnelle (pédopsychiatre, psychologue, IDE, psychomotricien, orthophoniste, éducateur...) • Prise en charge précoce avant 6 ans, grâce à un travail en réseau avec les PMI, les CAMSP, la pédiatrie • Prise en charge axée sur les alternatives à l'hospitalisation pour les cas nécessitant une prise en charge renforcée (hôpitaux de jour, médico-social, pas de lits de pédopsychiatrie sur le territoire hors adolescents et hors accueil familial thérapeutique) • Mobilisation des parents, favorisant l'adhésion aux soins impactant favorablement l'efficacité des soins • Possibilité de communication à distance à travers les technologies disponibles 	<p>articulation entre sanitaire et médico-social</p> <p>Coordination des soins autour de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance et coordination des acteurs locaux à parfaire (missions, champ d'intervention...), absence de répertoire des offres disponibles • Partenariat à renforcer entre la pédopsychiatrie et la petite enfance (conventions avec les PMI, crèches, ... à prévoir) ainsi qu'avec les autres acteurs sanitaires (maternités, pédopsychiatrie, ...) • Tarification à l'acte qui ne valorise pas la coordination • Refus ou très grande insuffisance de suivi des problématiques d'addictions en secteur psychiatrique et de coordination avec le secteur addictologie • Manque de places dans les structures médico-sociales pour articuler avec les soins • Equipes mobiles et de liaison insuffisantes • Lien et communication avec la médecine de ville à améliorer, insuffisance de passerelles établissement/ville • Fonction de gestionnaire de cas trop peu développée • Manque de continuité dans la transmission des informations lors de changements d'orientation • Manque de communication et d'information des familles • Manque de prise en charge de la fratrie de l'enfant concerné • Délais d'attente plus longs pour la tranche d'âge 6/12 ans du fait d'offres hospitalières et médico-sociales réduites • Majeure partie des soins spécialisés dévolue à la tranche d'âge comprise entre la périnatalité et le début de l'adolescence (2/3 ans à 11/12 ans), qui constitue la majorité de la file active en lien avec le relai d'adressage par l'école primaire

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Scolarité/insertion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partenariat accentué avec l'Education Nationale (notamment offres sectorielles) • Partenariat avec les IME • Ouverture en 2018 d'un CMPP à Grigny 	<p>Scolarité/insertion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacités d'accueil en enseignement spécialisé à augmenter pour soutenir et réinsérer les adolescents déscolarisés, articulation avec l'Education nationale à renforcer • Saturation des institutions médico-sociales et médico-éducatives (IME, IMPro, CMPP, SESSAD) mais aussi HDJ • Absence de structure de « soins-études » dans l'Essonne • Stigmatisation des établissements médico-sociaux (Dispositif ITEP)

Travail d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Essonne

« La santé mentale est l'affaire de tous ! Travaillons ensemble ! »

2^{ème} atelier : Prévention, gestion de l'urgence et de la crise

Animation : Mme Dominique ERGAND, Présidente Déléguée de l'UNAFAM 91

THEMATIQUES :

○ **Prévention du suicide (jeunes...)**

Quelles organisations d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide

○ **Prévention de l'urgence et de la crise**

Comment est organisée la prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ?

Comment identifier les signes précurseurs des épisodes aigus ?

Comment sont pris en compte les signalements ?

Existence de programmes d'Education Thérapeutique du Patient ?

○ **Gestion de l'urgence et de la crise**

Accès aux ressources et décloisonnement pour traiter de l'urgence psychiatrique :

- Capacité à joindre des personnels compétents
- Capacité à mettre en place une réponse adaptée
- Capacité à organiser les relais post crises

Organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique (décret PTSM)

Equipe mobile de crise

○ **Amélioration du parcours pour les hospitalisations sous contrainte**

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
Prévention du suicide	
<p><u>Prévention, en amont de la tentative de suicide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des professionnels libéraux (médecin généraliste, psychiatres...) et Maisons de santé pluridisciplinaires concernant le suicide • Existence de cellules d'écoute • Soutien par les structures spécialisées (association Ressources, PAEJ, MDA 91...) • Existence d'expérimentation de démarches communautaires • Actions de sensibilisation aux risques 	<p><u>Prévention, en amont de la tentative de suicide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte prévalence du suicide chez les adolescents, les détenus, les agriculteurs, les personnes âgées • Manque de prise en compte de la dépendance psychologique en EHPAD par manque de personnels et de médecin coordonnateur (rare et souvent à temps partiel) • Difficulté de mettre en place un traitement antidépresseur pour les personnes âgées • Augmentation des conduites suicidaires chez

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>suicidaires chez les adolescents dans les collèges et les lycées, y compris les sentinelles pairs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Département de l'Essonne bien doté en personnel infirmier scolaire • Projet de mise en place du dispositif Stop blues issu d'une recherche INSERM, porté par la ville de Grigny et les médecins traitants • Possibilité dans certains CMP (EPS BD) d'avoir une consultation rapide une fois le risque de TS identifié et d'évaluations rapides pour les adolescents • Existence de structures relais : MDA et Entretemps qui n'est pas sectorisé (EPS BD) • Existence de formations à la prévention du suicide et la prise en charge des suicidants (CEPFI, Groupement d'Etude et de Prévention du Suicide (GEPS), programme OG DPC de l'EPS BD accessible aux autres professionnels du département...) • Existence d'un médecin référent à l'EPS BD sur la prévention du suicide et la prise en charge des suicidants (CIAC) • Dispositif d'accueil téléphonique jusqu'à 18H30 relayé ensuite par le médecin de garde de l'EPS BD (unité d'accueil d'orientation et de situation de crise) à Longjumeau • Outil d'évaluation du risque suicidaire (Fiche Risque Urgence Dangérosité (RUD)) déployé au sein de l'EPS BD • Journée départementale sur la « prévention du risque suicidaire » organisée par la MDA91, favorisant la création d'un réseau autour du suicide et une meilleure visibilité des structures intervenant dans ce domaine (constitution de fiches par acteur permettant de disposer d'informations en amont) 	<p>les enfants (3-13 ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergence de suicides avérés chez les jeunes liés à du mal-être et au harcèlement • Méconnaissance du rôle et des missions de l'infirmière scolaire de la part des médecins et manque de relai d'information auprès de l'éducation nationale après orientation du jeune • Tabou du risque suicidaire • Politique de prévention en matière de risque suicidaire hétérogène sur le département • Méconnaissance des signaux d'alerte concernant le risque suicidaire et les facteurs de risques (addiction...) • Nécessité d'améliorer la détection/diagnostic précoce du risque suicidaire par les professionnels de santé, notamment grâce à la formation des professionnels de santé • Difficulté à trouver une posture adéquate pour les intervenants (première ligne, professionnels de santé, proches...) en cas de suspicion d'un risque suicidaire • Manque de lisibilité sur le circuit d'orientation d'un patient suicidaire (CMP, service des urgences ?) • Nécessité d'un avis spécialisé organisé pour aiguiller les professionnels qui sont au contact de patients à risque suicidaire (médecin généraliste...) et nécessité de soutien à travers des rencontres d'échanges et de concertation • Travail d'évaluation nécessaire pour un bon diagnostic de la situation de crise suicidaire • Manque de dispositifs de type équipe mobile experte à même de donner des avis spécialisés (pour une bonne évaluation du risque suicidaire) et d'éviter l'hospitalisation • Dispositifs d'accueil téléphonique insuffisants • Manque d'alternatives à l'hospitalisation dans le département en cas de risque suicidaire (consultation dédiée à la prévention du suicide avec du personnel formé et des rendez-vous rapides, équipe mobile...) • Délais d'accès aux soins en CMP trop longs, du fait de la démographie médicale, manque de moyens (notamment en pédopsychiatrie) • Nécessité de renforcer la prévention du suicide en établissement pénitentiaire dans l'Essonne

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p><u>Au moment de la tentative de suicide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation assurant des avis psychiatriques dans toutes les urgences des hôpitaux publics du département (24H/24, 7J/7 à 3 endroits (Longjumeau, Orsay, Corbeil)) • Organisation permettant une hospitalisation en psychiatrie 24H/24 dans tous les hôpitaux publics du département (garde, service d'accueil et d'orientation...) • Existence d'un centre intersectoriel d'accueil et de crise départemental (CIAC) de l'EPS BD <p><u>Après la tentative de suicide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maisons de santé avec suivi intensif en ambulatoire • Cellules d'écoute • Implication dans la recherche (Dispositif territorial de recherche et de formation (DTRF) en lien avec les Hôpitaux universitaires Paris-Sud (HUPS) sur les dispositifs de « recontact » après une tentative de suicide (étude sur les suicidants accueillis aux urgences) 	<p>(Fleury), notamment par des formations de sensibilisation</p> <p><u>Au moment de la tentative de suicide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à organiser une hospitalisation rapide en cas de risque identifié • Délais d'accès aux soins trop longs (délai d'attente dans les CMP) <p><u>Après la tentative de suicide</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de moyens pour les associations œuvrant dans le champ de la psychiatrie • Absence de protocole de suivi après passage aux urgences pour une TS (recontact) • Pas de suivi organisé après une tentative de suicide • Manque de soutien et d'accompagnement à domicile • Déficit d'appui aux familles • Manque de groupes de paroles pour les endeuillés • Manque d'interprètes auprès des publics qui en ont besoin

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
Prévention de l'urgence et de la crise	
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un réseau d'acteurs et de dispositifs permettant de prévenir les urgences et la crise • Existence de conseils locaux de santé mentale, permettant un travail local et partenarial en matière de prévention de l'urgence et de la crise • Travail en lien avec les CCAS et action de l'union départementale des CCAS • Possibilité d'accueil avec ou sans rendez-vous (associations, maisons de santé, psychiatres de ville, CMP, CATTP, Maison des adolescents du 91 et PAEJ (6 sur le 91) ...) • Bon maillage territorial de l'Essonne par les structures ambulatoires permettant une prise en charge non programmée et de proximité • Existence de conventions avec les structures pour personnes âgées pour un soutien ponctuel dans la prise en charge de la crise de nature psychiatrique • Existence de partenariats pour des hospitalisations programmées pour les adolescents (Institut mutualiste Montsouris (Trouble du comportement alimentaire) • Importance du partage d'expérience et du soutien entre collègues en matière d'urgence et de crise • Travail partenarial des psychiatres hospitaliers renforcé par le dispositif d'activité d'intérêt général (AIG) • Importance de l'Education thérapeutique du Patient et des aidants pour prévenir la crise (éviter d'arrêter le traitement, identifier les signaux d'alerte...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inégalités d'accès aux soins et géographique (démographie médicale, accessibilité...), notamment dans le sud de l'Essonne impactant d'autant la prise en charge préventive • Difficulté pour les CMP (liste d'attente...) à organiser des visites à domicile et des consultations d'urgence pouvant prévenir la crise • Partenariats à renforcer entre structures médico-sociales et CMP pour prévenir les crises • Augmentation de la précocité des troubles du comportement • Pas d'équipes mobiles sur l'ensemble du département pour prévenir les hospitalisations et gérer la crise et permettre un lien avec les professionnels de première ligne (médecins généralistes...) et les proches • Difficulté d'organiser une évaluation rapide pour les adolescents en difficulté/crise, alors que l'enjeu est majeur (crise de l'adolescence, perte cognitive suite à une crise prise en charge tardivement...) • Pas d'unité d'hospitalisation pour adolescent à durée plus longue dans l'Essonne permettant des interventions intensives et programmées en amont de la crise •

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
Gestion de l'urgence et de la crise	
<p><u>Première ligne</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins généralistes structurés sous forme d'une amicale dans l'Essonne, très fonctionnelle sur les urgences (FAME) • Régulation médicale opérationnelle pour les crises (centre 15) • Cellules d'alerte dans trois villes de l'Essonne (associant notamment les CCAS et les équipes mobiles dans le cadre du CLSM) • Existence d'équipes mobiles psychiatriques départementales (psychiatrie du sujet âgé, DIAPSY pour la précarité par l'EPSBD) • Existence d'une équipe de crise et de liaison (UCLI) du GHNE intervenant sur 3 villes, dans les structures médico-sociales en lien avec les CCAS et en articulation avec DIAPSY et l'EMPSA <p><u>Dispositifs hospitaliers</u> Offre de soins en psychiatrie complète et assurant le maillage du département</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation assurant des avis psychiatriques aux urgences et dans les services MCO (y compris en pédiatrie), selon deux modalités : <ul style="list-style-type: none"> - Offre « intégrée » dans un même hôpital (MCO et psychiatrie), 	<p><u>Première ligne</u> Visibilité de l'offre en matière d'urgence et de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familles et soignants démunis lors de l'urgence et de la crise (« parcours du combattant », manque d'information sur les démarches...) • Difficulté de savoir à qui s'adresser en cas de crise, réponse différente selon le lieu dans le département • Manque de cellule d'alerte sur une partie du territoire • Visibilité par la population et par les acteurs ambulatoires de l'offre de soins en psychiatrie et de son fonctionnement (urgences...) qui pourrait être améliorée <p>Articulation des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication avec les généralistes et liaison avec les psychologues libéraux et les intervenants à domicile à améliorer • Pas assez de sensibilisation/formation des acteurs de première ligne (CCAS ...) concernant une initiation à la « psychiatrie et à la psychiatrie de crise » • Pas assez de collaboration police, mairie, services médicaux, préfet, SAMU... • Difficultés pour les structures médico-sociales en cas de crise pour mobiliser les différents acteurs <p>Orientation des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientation par le SAMU en matière d'urgence et d'hospitalisation psychiatrique à clarifier (circuit d'admission...) • Circuit d'hospitalisation en psychiatrie à harmoniser • Connaissance réciproque des offres (psychiatrie et MCO) par les acteurs de terrain à affiner et systématiser, liens inter-établissements intuitu personae <p><u>Dispositifs hospitaliers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Temps d'attente aux urgences plus ou moins important pour les personnes souffrant de troubles psychiques selon les contextes, contribuant au risque de rupture de prise en charge (fugue, décompensation comportementale...) et de dysfonctionnements (temps d'absence des soignants accompagnant

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>comprenant une unité psychiatrique de liaison intersectorielle (UPLI) au CHSF</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conventions inter-établissements comprenant des modalités d'évaluation (notamment EPP) • Prise en charge psychiatrique en urgence 24H/24 à 3 endroits dans le département (Longjumeau, Orsay, Corbeil) • Organisation permettant une hospitalisation en psychiatrie 24H/24 dans tous les établissements (garde, service d'accueil et d'orientation...) • Existence de 2 Centres de crise départementaux pour adultes et pour adolescents (EPS BD) • Partenariat avec le CH de Villeneuve-Saint-Georges (94) • Mise en place de 3 centres consultations et de soins urgents (CCSU) à Longjumeau, Juvisy et Sainte-Geneviève-des-Bois avec la participation de nombreux professionnels libéraux <p><u>Adolescents et jeunes adultes</u></p> <p>Une réponse à l'urgence et aux états aigus de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge d'urgence des adolescents : hospitalisation aigue (Orsay) ou de crise (Sainte-Geneviève-des-Bois, 7J/7, H24), équipe mobile d'urgence, consultation d'urgence / non programmées, équipe de liaison et de crise... • Conventions inter-établissements sur la psychiatrie aux urgences et de liaison pour les adolescents par la Psychiatrie infanto-juvénile, ou au sein d'un même établissement • Services de pédiatrie, dont l'un possède une Unité d'Hospitalisation MCO spécialisée pour Adolescents (Corbeil) <p><u>Parcours pour les hospitalisations sous contraintes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rencontre entre le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) et les psychiatres hospitaliers pour améliorer la rédaction des certificats médicaux dans le cadre des hospitalisations sous contrainte (permettant d'éviter les levées inappropriées d'hospitalisation sous contrainte et de favoriser l'acculturation réciproque 	<p>les patients, agitation aux urgences...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la liaison entre les hôpitaux à réévaluer en fonction des passages aux urgences, de l'évolution de l'offre du territoire • Pas assez de professionnels formés au psychotraumatisme (repérage et orientation) <p><u>Adolescents et jeunes adultes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Passerelle adolescents/adultes (âge charnière jeune adulte) : Incertitude quant à la possibilité et l'opportunité (prise en charge inadéquate en service adulte) d'hospitalisation d'urgence pour les 14-20 ans • Saturation régulière de la structure d'hospitalisation temps plein pour adolescents en crise <p><u>Parcours pour les hospitalisations sous contraintes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Articulation et rôles respectifs des acteurs à clarifier dans le cadre d'une initiation d'une hospitalisation sous contrainte (pompier, police, SAMU...) • Absence de protocolisation des liens mairies/services, médicaux/police, Préfet... dans le cadre d'une hospitalisation sous

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>justice/santé)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une salle d'audience foraine délocalisée à Etampes (EPS BD) évitant aux patients le déplacement au Tribunal de grande instance (TGI) à Evry • Etude/recherche sur la contention aux urgences et dans les services de psychiatrie dans le cadre du Dispositif Territorial de Recherche et de Formation • Recommandations de la HAS par rapport aux pratiques d'isolement et de contention afin de garantir les droits des patients 	<p>contrainte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté pour rassembler les certificats dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte (connaissance de la réglementation, rôle du médecin traitant...) • Modalités d'organisation du bilan somatique avant hospitalisation en psychiatrie à harmoniser (modalités de communication des bilans somatiques, contenu des bilans...) • Visibilité des contraintes institutionnelles et juridiques réciproques de l'ensemble des acteurs du parcours de soins sous contrainte à affiner (certificat médical, bilan somatique, accord parental, sectorisation...), manque de formation • Obligation réglementaire d'organisation par l'ARS d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en lien avec l'ensemble des acteurs mais non encore mise en place en Essonne • Changement fréquent de JLD qui conduit à devoir renouveler les démarches partenariales pour éviter les ruptures d'hospitalisation sous contrainte non pertinentes (vice de procédure)

Travail d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Essonne

« La santé mentale est l'affaire de tous ! Travaillons ensemble ! »

3^{ème} atelier : Parcours de vie et de soins sans rupture et insertion

Animation : Dr Dominique DREUX, Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Essonne

THEMATIQUES :

Le décret cadrant le projet territorial de santé mentale indique qu'il a pour priorité « l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ».

- **Coordination des acteurs (ville-institution) et prévention des ruptures**
 - Parcours fluides et partagés (ville, institution, famille) : plan de soins partagés, coordination des soins avec des outils adaptés (sécurité des échanges...)
 - Communication des actions, potentiels du territoire à mobiliser, coordination locale...
- **Accès aux soins (délais de rendez-vous en CMP, CMPP...)**
- **Prises en charge inadéquates (autisme, jeunes adultes, addiction...)**
- **Réhabilitation, rétablissement, politique d'insertion et inclusion sociale** : « accès le plus précoce possible aux soins de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux pour prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap » (décret PTSM)
 - **Déstigmatisation** des troubles psychiques et du handicap psychique
 - **Remédiation cognitive**
 - (Ré) insertion **professionnelle** (prévention et gestion du burn out, bien-être au travail...) et sociale (logements accompagnés, tutelle, formation des aidants à domicile...) : « développement de services destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire » (décret PTSM)
 - Précarité (migrants...)

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
Coordination des acteurs (ville-institution) et prévention des ruptures	
<p>Coordination institutionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de structures de coordination et d'articulation entre les acteurs à différents niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - local (Contrat local de santé (CLS), Conseil local de santé mentale (CLSM), secteur, atelier santé ville...) - départemental (CTS, PMP psychiatrie inter-GHT de l'Essonne...) • Commission Spécialisée en Santé Mentale active dans l'Essonne • Implication de nombreux acteurs volontaires dans le cadre du PTSM du 91 • Développement des CLSM : outil de déstigmatisation, appui à l'ouverture de structures (CMPP), portage politique/ville/psychiatrie/ARS • Développement progressif d'un bon réseau partenarial entre les acteurs locaux (généralement non formalisé) • Existence de groupes de travail pluri professionnels • Décloisonnement progressif des secteurs • Des initiatives et des innovations intéressantes, pas toujours suffisamment connues, permettant de « bricoler » des solutions avec les personnes concernées 	<p>Coordination institutionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'une structure sur le département chargée de la coordination des acteurs • Pas de dispositif d'un coordonnateur clairement identifié et en charge de la coordination • Absence de CLS/CLSM dans de nombreuses zones du département • Absence de réseau santé mentale • Multiplicité des acteurs, doublons de compétences, conflits de territoires mais aussi vides territoriaux • Périmètre de coordination des acteurs souvent trop large et difficulté à s'accorder sur le principe et le choix d'un coordinateur des actions • Méconnaissance des possibilités et limites de chaque acteur, rôles insuffisamment précisés, manque de reconnaissance des acteurs • Cloisonnement encore trop important des différents acteurs : <ul style="list-style-type: none"> - Juridique : acteurs (administrations, associations) dont la compétence est délimitée par le statut des personnes - Financier : modalités et sources de financement dispersées et cloisonnées pour des initiatives convergentes - Géographique : liens à tisser en dehors de la sectorisation du territoire - Organisationnel : fonctionnement en « tuyaux d'orgue » • Coordination liée aux personnes plus qu'aux institutions • Améliorer la lisibilité et l'efficacité de la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social • Méconnaissance des structures sanitaires et de santé mentale par les acteurs de l'insertion et les mandataires judiciaires (protection des majeurs) • Acteurs sociaux morcelés et difficilement mobilisables

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Dynamisme et richesse des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiplicité des acteurs • Acteurs soucieux de la prise en charge de la souffrance • Innovations issues des acteurs dans l'Essonne • Richesse du territoire, multiplicité des initiatives • Réelle volonté de tous les acteurs de travailler ensemble, capacité de mise en réseau • Acteurs mobilisables / très fortement mobilisés (y compris les acteurs associatifs et bénévoles), optimisme des acteurs • Implication pluriprofessionnelle, ouverture <p>Coordination des professionnels autour du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge globale et maillage des acteurs • Communication efficace entre intervenants • Accompagnement personnalisé, plan de soins réajusté en permanence • Travail en équipe qui permet une continuité des soins et des aides en cas d'absence d'un des professionnels du parcours • Réunion de concertations disciplinaires (ex : maison de santé, hôpital et médico-social conventionnés, addictologie...) • Développement des lieux de coordination de professionnels autour des cas complexes • Existence d'une prise en charge psychiatrique dans les services des hôpitaux publics via la psychiatrie de liaison 	<p>Problématiques liées aux acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolutions rendues possibles concernant les structures de prise en charge, mais dont les professionnels concernés ne se saisissent pas, soit par méconnaissance, soit par manque d'accompagnement au changement • Communication/diffusion d'information à développer au sein des structures à destination des acteurs de terrain • Communication indispensable mais chronophage au détriment des prises en charge • Formation d'acteurs qui ne s'impliquent pas par la suite <p>Coordination des professionnels autour du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Parcours du combattant » pour l'utilisateur • Manque d'information des aidants sur les prises en charge et leur rôle positif dans l'accompagnement • Manque de communication et de transmission d'information entre les professionnels (médecins traitants, psychiatres du secteur hospitalier, services de court séjour, de soins de suite, d'EHPAD, structures médico-sociales et acteurs sociaux, service d'accompagnement, tuteurs...) • Dispositifs sanitaire, médico-social et social qui n'ont pas suffisamment la culture du parcours et du partenariat • Articulation à développer entre la psychiatrie/addictologie, cette prise en charge étant indispensable en psychiatrie • Listes d'attente dans les structures ambulatoires (CMP, CMPP...) défavorable à la coordination • Articulation perfectible entre école/secteur de pédopsychiatrie et CMPP • Manque de maillon entre le CMP et le domicile, liens à renforcer notamment grâce à des dispositifs équipe mobile • Insuffisance de coordination avec le secteur social (pas de référent

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation de rencontres professionnelles sur des thèmes spécifiques • Partage de formations et d'informations • Existence d'outils de recensement des offres (guide ressources de l'UNAFAM, guide PSYCOM à paraître en Essonne...) • Présence d'outils de communication (affiches) dans les lieux de fréquentation autour de certaines pathologies (périnatalité) pour déstigmatiser • Existence de sites internet thématiques (personne âgée (dispositif MAIA 91) ...) 	<p>psychiatrique en CMP...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilance dans la coordination entre les différents professionnels de l'équipe pluri professionnelle (psychiatres, psychologues, infirmiers ...) au sein des structures • Absence de temps et de lien entre les acteurs des différents champs pour se coordonner autour d'une situation complexe (tuteur, éducateur, aidant, médecin traitant, psychiatre, psychologue, assistante sociale ...) • Retour au domicile compliqué : difficultés en Essonne à trouver un médecin pour un suivi dans les 15 jours suivant la sortie d'hospitalisation • Existence de l'EMPSA pour les personnes âgées, mais plus compliqué d'organiser le suivi par le secteur <p>Outils</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de lisibilité des actions des différents acteurs sur le territoire • Manque d'un annuaire départemental pour favoriser l'approche du parcours, y compris avec un recensement qualitatif des acteurs (modes d'intervention, délais d'attente...)
Accès aux soins (délais de RV en CMP, CMPP, ...)	
	<p>Démographie des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démographie médicale des psychiatres (libéraux et hospitaliers) limitant l'accès aux soins • Effet délétère de la réforme de l'internat conduisant à une pénurie d'internes en Essonne : impact sur le renouvellement des générations médicales et la fidélisation dans le département des

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Accès aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prises en charge adéquates mais pas très disponibles • Réponse réactive et plutôt souple des services de soins psychiatriques (contrairement aux soins somatiques, notamment buccodentaires et ophtalmologiques) • Equipes mobiles actives (DIAPSY pour la précarité, EMPSA pour la gérontopsychiatrie, toutes deux à vocation départementale, UCLI pour la crise et la liaison sur le Nord-Ouest du Département) • Projet de développer des téléconsultations de psychiatrie 	<p>futurs médecins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Changements de psychiatres trop fréquents • Attractivité médicale dans l'Essonne à renforcer • Démographie des autres professionnels de santé (généralistes...) • Temps médicaux et soignants trop réduits <p>Accès aux soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté pour certains patients d'accès en autonomie aux soins ambulatoires (transport, personnel accompagnant...) • Délai de prise en charge en CMP ou CMPP pouvant mettre un frein dans le parcours de la personne, saturation des structures de service public • Absence d'une plateforme de type « doctolib » ou utilisation de « doctolib » pour les RDV en CMP • Méconnaissance des patients concernant l'orientation dans le système de santé risquant d'aggraver la saturation des structures • Manque de relais de type « équipes mobiles » (permettant d'« aller vers... ») et dimensionnement des équipes mobiles existantes insuffisant • Pas encore de dispositif permettant à un patient, à son domicile, d'échanger avec un psychiatre (télépsychiatrie) • Difficulté d'accès à certains professionnels de santé mentale (absence d'accès direct pour les consultations de psychologues et non remboursement par la sécurité sociale) <p>Orientation dans le parcours</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'un service d'écoute 24h/24 pour des personnes en souffrance psychique qui permettrait d'orienter vers un service adapté et/ou de donner des conseils • Absence d'une plateforme d'orientation pour les personnes accompagnées et pour une meilleure réponse aux situations d'urgence 24 h/24, notamment le week-end

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Offres et structures de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diversité de l'offre de soins • Existence d'un important hôpital spécialisé en psychiatrie • Structures médico-sociales dynamiques et offrant de bonnes qualités de prise en charge • Existence de GEM <p>Accès aux offres spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de soins spécialisés (surdité, trouble du spectre autistique, psychiatrie transculturelle, thérapie familiale, troubles émergents, bipolaires, phobies, TOC...) et d'outils d'évaluation validés • Existence de consultations spécialisées (CSAJA, CJC, Apolline/bucco-dentaire) • Mise en place par le Conseil Départemental d'une consultation de victimologie dans le Sud-Essonne • Offres existantes sur des publics ciblés (personnes âgées, précarité, unités de crise, adolescents, ...), y compris mobiles • Existence de structures de soutien à la parentalité • Existence d'une équipe mobile de psychiatrie transculturelle, en place depuis 2016 en lien avec l'Hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information des professionnels de première ligne et des patients/familles et manque d'un certain nombre d'offres pour orienter dans le parcours de santé mentale • Difficulté à trouver des relais pour l'orientation et la prise en charge (suite au repérage par l'infirmière du CIPE (Consultation infirmière de prévention) et des médecins généralistes...) • Accessibilité à certains professionnels libéraux : pas de prise en charge financière par la CPAM (psychothérapie...) et accès limité sur prescription du médecin traitant impliquant un retard d'accès aux soins <p>Offres et structures de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de structures de type CMP dans le Sud-Essonne • Manque de structures d'aval en sortie d'hospitalisation • Manque de structures d'aval pour les personnes vieillissant avec un handicap et pour les plus jeunes • Manque d'établissements adaptés (IME, CAMSP ...) <p>Accès aux offres spécialisées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque dans l'Essonne d'un certain nombre d'offres de recours/spécialisées • Manque d'information sur l'existence des centres experts impactant l'orientation et la prise en charge du patient • Orientations à développer vers les centres experts (y compris hors département) dès que les solutions de première ligne sont insuffisantes (cas complexes, offres de recours) • Moyens nécessaires à la pérennisation des consultations de type victimologie/psycho-traumatisme et extension pour une prise en charge à long terme des victimes • Difficultés pour la prise en charge des publics spécifiques (jeunes adultes, personnes âgées, précarité...) • Difficulté d'accès aux soins buccodentaires et ophtalmologiques pour

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p data-bbox="284 280 475 309">Cochin (EPS BD)</p> <p data-bbox="201 427 331 456">Formation</p> <ul data-bbox="245 465 756 600" style="list-style-type: none"> • Existence de professionnels formés à l'ethnopsychiatrie et au psycho-traumatisme (EPS BD), à exploiter d'avantage au profit du territoire <p data-bbox="201 1032 756 1099">Parcours sans rupture/Co-morbidités et facteurs aggravants</p> <ul data-bbox="245 1108 756 1816" style="list-style-type: none"> • Parcours de soins et de vie existence d'une personne dans les MAIA, et DITSA qui prend en charge la personne de manière globale sur la base de critères d'inclusion (santé, ressources, isolement) • Présence de médecins généralistes dans plusieurs services de psychiatrie • Offre somatique de proximité et de recours complète dans le département pour orienter les personnes souffrant de troubles psychiques (comorbidités somatiques...) • Offre « intégrée » dans un même hôpital (MCO et psychiatrie) ou conventions inter-établissements pour la prise en charge somatique et médicotechnique (imagerie, laboratoire) des personnes souffrant de troubles psychiques 	<p data-bbox="890 280 1406 383">les personnes en situation de handicap notamment les enfants (refus de médecins de les prendre en charge)</p> <p data-bbox="810 427 941 456">Formation</p> <ul data-bbox="855 465 1406 994" style="list-style-type: none"> • Manque de formation/sensibilisation des professionnels de santé (et notamment sage-femme libéral, infirmiers, aide-soignants, médecins généralistes...) dans le domaine de la santé mentale • Manque de connaissances des professionnels confrontés à certaines pathologies psychiatriques spécifiques (détresses parentales, périnatalité...) et des dispositifs existants (psychiatrie, CMPP...) entraînant d'importants problèmes de non orientation • Peu de professionnels de santé mentale formés à l'ethnopsychiatrie et au psycho-traumatisme <p data-bbox="810 1032 1406 1099">Parcours sans rupture/ Co-morbidités et facteurs aggravants</p> <ul data-bbox="855 1108 1406 2036" style="list-style-type: none"> • Quelle conduite à tenir et quels moyens d'intervention auprès d'un patient en rupture de soins (qui ne se présente pas à son rendez-vous en suivi ambulatoire, au CCAS...) • Favoriser l'intervention des soignants pour une meilleure compliance dans le suivi des traitements • Complexité et difficulté de prise en charge des problèmes mixtes (psychiatriques / handicap, intriqués avec les problèmes médicaux et sociaux (ASE...)) chez les adultes et les enfants → risque de va et vient entre le social, médicosocial et psychiatrique • Gestion des comorbidités psychiatriques et addictions en Essonne à renforcer • Accès aux services de spécialités somatiques (dont imagerie) pour les personnes souffrant de troubles psychiques à optimiser dans la plupart des établissements (accès direct aux services, délais de rendez-vous...) • Manque de coordination (cas complexe) entre acteurs ambulatoires pour les patients psychiatriques avec comorbidité

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
	addictologique (CSAPA/médecin généraliste/CMP/hôpitaux)
Prises en charge inadéquates	
<p>Enfants/jeunes adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offres à destination des adolescents : existence d'une MDA et de PAEJ à consolider • Existence d'accueil sans rendez-vous destinés aux jeunes (MDA, mission locale...) • Existence d'une consultation spécialisée pour la transition permettant une prise en charge adaptée aux jeunes adultes (CSAJA de l'EPS BD) <p>Handicap/TSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence du dispositif intégré sur l'autisme (DITSA) permettant de trouver des solutions notamment pour les cas complexes • Autisme : expérimentation d'inclusion en milieu ordinaire à faire évoluer et à accompagner <p>Personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appel à manifestation d'intérêt de l'ARS « handicap et vieillissement » • Gestionnaires de cas sur les MAIA qui gèrent le suivi post urgence • Existence d'une équipe mobile départementale de psychiatrie du sujet âgé EMPSA (EPS BD) : intervention et 	<p>Enfants/jeunes adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mineurs pris en charge dans des établissements/services pour adultes (selon les zones) • Prises en charge inadéquates des 16-25 ans • Manque de coordination des acteurs lors des changements de tranche d'âge (de l'enfance à l'adolescence, de l'adolescence à l'âge adulte) <p>Handicap/TSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Délais de traitement des dossiers MDPH en particulier pour les enfants, retardant la prise en charge • Difficultés d'accès au diagnostic TSA • Difficultés sur la prise en charge des troubles autistiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Manque de structures et services de prise en charge ○ Pas de structure de soins/hébergement pour TSA adulte • Carence de places qui amènent à maintenir des personnes dans des établissements inadaptés (adulte en IME) ou aboutissent à des absences de solutions dans l'attente d'une place (amendement Creton et TSA) • Manque de structures médico-sociales pour patients lourds • Rejet du patient par la famille ou par les établissements médico-sociaux dès que des troubles du comportement apparaissent <p>Personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins et suivi de la personne âgée au domicile : allers-retours aux urgences de proximité répétés, manque de coordination et d'information sur l'accès aux soins spécifiques et accompagnements, accès à une prise en charge psychiatrique des personnes âgées

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>avis à domicile, EHPAD, médecin généraliste...</p> <p>Addictologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une offre de consultations d'addictologie spécifique pour les jeunes consommateurs (CJC) • Réunions inter-CSAPA élaborant un diagnostic territorial, travail inter-CSAPA très formateur • Coordination et communication efficace avec les intervenants en addictologie • Réseaux des acteurs en addictologie (RESAAD) : évaluation pour adultes en difficulté traitant de situations complexes • Existence du réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD), grand réseau de santé national très dynamique, sans équivalent en Europe 	<p>vivant en EHPAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prises en charge inadéquates des personnes âgées avec problématique psychique • Manque de structures pour accueillir les personnes avec handicap vieillissant dans l'Essonne <p>Addictologie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de prise en charge des addictions et des comorbidités psychiatriques • Couverture territoriale des CSAPA incomplète • Offre insuffisante en CJC sur le territoire • Complémentarité entre le secteur sanitaire et les structures médico-sociales à renforcer (notamment CMP/CSAPA) • Moyens dévolus uniquement pour de nouvelles missions (détenus, gestion des risques, consultations jeunes consommateurs) => Les CSAPA ne font plus face aux demandes, ce qui est dissimulé par la mise en place de nouveaux services, alors que des besoins essentiels existent sur ce type de population souffrant d'addictions • Stigmatisation des usagers de drogues : autonomes mais dépendants de traitements qui pourraient être relayés sur des PEC libérales. Or peu de médecins acceptent ce suivi car ils se représentent ce type de population comme violente → Impact direct sur le suivi des patients
Réhabilitation/insertion/inclusion	
<p>Déstigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'outils de déstigmatisation (politique de la ville en lien étroit avec les psychiatres) • Déstigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique dans le cadre des semaines d'information en santé mentale (SISM) 	<p>Stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabou et méconnaissance des maladies psychiatriques, se répercutant fortement sur les personnes touchées (acceptation de la maladie, exclusion...) → « La stigmatisation fait oublier les compétences de la personne » • Refus du patient lui-même à être aidé et difficulté de se reconnaître handicapé et donc d'être accompagné. • Méconnaissance des personnels paramédicaux, insuffisamment formés,

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Scolarité/insertion professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intérêt des SESSAD et autres structures d'accueil (scolarité) • Intérêt des structures de type KEOPSE (foyer de jour/travail) • Parcours de vie facilité par un travail de synergie entre les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) et les foyers de vie • Existence d'ESAT (comme par exemple à l'EPNAK) moyens de production professionnels et novateurs, d'entreprises adaptées qui œuvrent pour l'inclusion des personnes handicapées présentant des troubles psychiques • Expérience novatrice d'ESAT hors les murs (Adapt Evry) • Dispositif d'emploi accompagné (accompagnement médico-social, à visée d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés) • Existence de 4 Centres de Rééducation professionnelle (CRP) pour accompagnement au travail vers le milieu ordinaire (formation qualifiante avec la possibilité d'être rémunéré et prise en charge par la CPAM) • Autisme : expérimentation d'inclusion en milieu ordinaire à faire évoluer et à accompagner • Déploiement de dispositifs permettant de réduire les clivages en milieu ordinaire protégé (DUODAY) pour permettre l'intégration 	<p>démunis avec ce type de population (personnes âgées notamment)</p> <p>Scolarité/insertion professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à inclure les personnes dès le plus jeune âge pour éviter les personnes « sans solution » et la stigmatisation • Besoin de renforcer les passerelles entre l'Education Nationale et les structures spécialisées, manque de prise en charge médico-sociale en milieu scolaire • Difficulté de mettre en place des prises en charge séquentielles (école, travail à temps partiel) et problématique de transports (CPAM) • Evolution du dispositif réglementaire concernant les travailleurs handicapés (suppression de l'avantage fiscal) • Stigmatisation par le monde du travail envers les travailleurs fragilisés • Difficulté à mettre en place des solutions d'insertion professionnelle en milieu ordinaire grâce à des dispositifs d'aménagement (télétravail, aménagement horaire...), d'articulation et d'aller/retour entre travail en milieu ordinaire et travail en milieu protégé • Délai d'accès aux places d'ESAT (2/3 ans) et manque de place en temps partiel • Difficulté à retourner/aller vers le milieu ordinaire (importante stigmatisation des travailleurs d'ESAT par exemple et méconnaissance entre les milieux adaptés et les milieux ordinaires) avec une lenteur des administrations en charge • Information partielle, distante ou tardive envers la famille ou les aidants des difficultés psychiques vécues par les résidents en ESAT ou foyer → prise en charge décalée • Manque de passerelle entre les structures du handicap et les structures d'insertion (activité économique) • Difficulté à articuler le travail de la mission locale (insertion sociale et professionnelle des 16-25 ans) avec les acteurs concernés par la maladie mentale (soins, logement, emploi...) • Manque d'accueil sans rendez-vous au

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>Insertion sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle des Maisons de l'Autonomie (MDPH) • 13 Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) en Essonne, essentiellement à destination du public présentant un handicap psychique • Partenariat avec les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et résidence autonomie : accompagnement et suivi • Pôle d'intervention au sein d'un service d'accompagnement avec des missions spécifiques confiées à chaque professionnel (logement, soins, emploi, formation) • Possibilité de mutualiser des aides et prestations • Acteurs de réinsertion sociale et professionnelle nombreux • Existence de Groupes d'entraide mutuelle (GEM) et de maison relais • Existence d'un club house à Paris (améliorer la qualité de vie des personnes fragilisées par un trouble psychique afin d'encourager l'autonomie et l'insertion) • CITL (centres d'initiation au travail et au loisir) : accompagnement en réseau ordinaire • Existence d'un Centre Ressource troubles psychiques (CEAPSY) à Paris: mission d'accueil, d'information, d'orientation et d'écoute • Intérêt de la remédiation cognitive permettant de maintenir et développer les capacités de la personne, favorable à l'insertion <p>Logement/ Tutelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de dispositif de l'habitat inclusif (notamment ALVE) • Existence de résidences accueil et pensions de famille • Existence de résidences autonomie (anciens foyers logements) pouvant 	<p>sein des missions locales</p> <p>Insertion sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Danger de marginalisation et difficultés d'accès liés au manque de solutions numériques • Manque de places de structures/organismes adaptés pour prendre en charge au quotidien des personnes en souffrance psychiatrique → adapter ou réinventer les prises en charge, l'accompagnement • Insuffisance de SAVS permettant un projet de vie en milieu ordinaire, peu ou pas de suivi assuré pour la personne réhabilitée • Existence d'un seul Service d'accompagnement médico-Social pour adultes handicapés (SAMSAH) dans l'Essonne permettant un projet de vie et de soins en milieu ordinaire : nombre de places très inférieur à la moyenne régionale et nationale • Isolement des travailleurs sociaux qui s'épuisent à apporter des solutions sociales à des personnes en souffrance psychique • Importance d'élaborer un projet de réinsertion au préalable de toute démarche • Difficultés dans l'accompagnement à la mobilité • Difficulté à insérer les personnes avec un lourd passé psychiatrique <p>Logement/ Tutelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Département de l'Essonne sous doté en termes de logement accompagné • Manque de communication entre les bailleurs et les travailleurs sociaux • Manque d'offres en logements adaptés (pensions de famille, résidences accueil) (coût, accessibilité, accompagnement)

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>accueillir des handicapés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Légitimité/importance des Mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) dans la prise en charge des majeurs protégés suivis en psychiatrie (inclusion, insertion) • Augmentation du nombre de mandataires judiciaires au sein de l'EPS BD • Certains bailleurs sociaux sont formés à la psychiatrie • Guide de l'habitat inclusif par la CNSA <p>Remédiation cognitive/réhabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs formés aux outils de réhabilitation (remédiation cognitive et ETP) • Offre émergente de prise en charge de remédiation cognitive et en éducation thérapeutique sur le département • Implication des aidants dans l'élaboration des programmes d'ETP • Existence de 4 programmes d'ETP départementaux autorisés par l'ARS comprenant un volet destiné aux aidants en collaboration avec l'UNAFAM (EPS BD) • Projet de développement d'un atelier pour les aidants (GHNE) • Mise en place d'un programme « Profamille » sur le département en lien avec le centre hospitalier de Sainte Anne (EPS BD) • Projet « baromètre » avec le CHU de Sherbrooke concourant au développement de l'empowerment (outil d'intervention clinique, numérique et collaboratif : outil de 	<p>permettant l'autonomisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisse de l'offre d'appartements thérapeutique (associatif ou hospitalier) • Manque de moyens financiers pour des actions expérimentales (logement) • Absence de coordination entre les différentes structures d'hébergement • Manque de places en foyer de vie qui conduit à une orientation vers des structures en Belgique • Insuffisance des associations de tutelle/curatelle (nombre de mesure par MJPM trop important entraînant un turn over défavorable au patient) • Fermeture des services des Majeurs Protégés de certains hôpitaux ou EHPAD ou baisse d'effectifs, avec pour conséquence le non-respect des droits fondamentaux, des libertés individuelles, de la citoyenneté et de la dignité des personnes • Sud-Essonne mal desservi par les transports en commun <p>Remédiation cognitive/réhabilitation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'investissement dans la prévention pour prévenir les rechutes et la désinsertion • Outils de réinsertion et de réhabilitation sociale tels que la remédiation cognitive et l'ETP insuffisamment développés • Nécessité d'améliorer l'accès aux outils de réhabilitation, remédiation cognitive et à l'ETP afin d'augmenter la qualité de vie, diminuer la fréquence/durée des hospitalisations, diminuer les prescriptions médicamenteuses • Absence de structure de réhabilitation/réinsertion qui prendrait en charge les patients à leur sortie de l'hôpital (le retour dans la famille, presque systématique, ne permet pas de commencer le long chemin vers le rétablissement) • Reconnaître le rôle d'aidants des familles qui ont également besoin d'être aidées (expliquer, éduquer...) • Manque de « case manager » (gestionnaire de cas) chargé de la

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<p>mesure de la qualité de vie au cours du processus de rétablissement) (EPS BD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projet de réalité virtuelle avec la faculté Paris Sud à destination des aidants dans le cadre d'un premier épisode psychotique <p>Accès aux droits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de PASS hospitalières (CHSF, GHNE et EPS BD) • Existence de dispositifs « droits sociaux » de droit commun : Allocation aux adultes handicapés (AAH), aides au logement, RSA... (CAF) <p>Précarité/Personnes sans domicile et migrants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations infirmières de prévention (CIPE) dans l'Essonne destinées aux personnes en situation précaire ou de vulnérabilité (suivi médical et social, mise en place par les CDPS du conseil départemental) • Equipe mobile précarité départementale active (DIAPSY, EPS BD) • Apport de DIAPSY pour les majeurs protégés • Existence de personnes ressources en matière d'interprétariat <p>Vie affective et sexuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation des professionnels sur cette question de la sexualité et de la vie affective • Journées annuelles organisées par le CDCESS ouvertes notamment aux professionnels de l'Education Nationale • Evolution des mentalités • Vie affective et sexuelle qui commence à intégrer le projet de vie 	<p>coordination/décloisonnement des acteurs et du parcours de réhabilitation du patient (pouvoir d'agir, insertion et autonomie)</p> <p>Accès aux droits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux droits sociaux, délai d'ouverture ou de renouvellement des droits à l'AAH • Articulation entre les CCAS et la CPAM pour l'instruction des dossiers CMU/C et AME <p>Précarité/Personnes sans domicile et migrants</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médiation en santé insuffisamment développée (accès aux droits et aux soins des populations précaires) • Difficulté d'accès aux soins pour les personnes sans couverture sociale • Equipe mobile de précarité DIAPSY de l'EPS BD insuffisamment dimensionnée • Prise en charge complexe : Parcours migratoires avec psychotraumatisme • Difficulté de trouver des relais ou d'orienter des personnes vers des structures adéquates (personnes en situation de précarité, réfugiés ...) • Difficultés de l'accès aux soins des réfugiés et parcours d'hébergement jalonné de ruptures • Manque d'interprétariat dans les structures de prise en charge (pour les migrants notamment et DIAPSY) : recours aux associations, financement nécessaire <p>Vie affective et sexuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujet qui reste trop tabou et suscite parfois des résistances (y compris culturelles), stigmatisation du sentiment d'amour dans les institutions • Risque d'atteinte à un droit et à la dignité des personnes en situation de handicap mental sur ce sujet • Pas d'intégration de ce sujet dans les formations initiales des professionnels • Formations très globales qui s'adressent

FORCES/REUSSITES	FAIBLESSES/DYSFONCTIONNEMENTS
<ul style="list-style-type: none"> • Modifications de certains règlements intérieurs pour garantir ce droit 	<p>aux professionnels, aux parents, mais pas aux personnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de clarification des aspects juridiques et médicaux pour sécuriser les professionnels et les institutions (droit, consentement, impact des traitements...)

Chronologie de la démarche engagée pour l'élaboration du PTSM de l'Essonne

- **15 février 2018** : Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) : réglementation concernant l'élaboration du PTSM ; liste des acteurs à mobiliser ; proposition d'organisation d'une journée de lancement des travaux du PTSM associant l'ensemble des acteurs ; élaboration d'un premier diagnostic qualitatif des forces et faiblesses en santé mentale dans l'Essonne ; proposition de la CSSM sur les axes prioritaires de travail
- **14 juin 2018** : Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) : validation du principe de l'organisation d'une journée de lancement du PTSM ; information sur l'instruction du 5 juin 2018 relative au PTSM et la participation à la constitution du Comité de Pilotage PTSM
- **22 juin 2018** : Comité de pilotage PTSM (COPIL PTSM) : présentation de la démarche d'élaboration du PTSM ; présentation du volet psychiatrique du projet médical partagé inter-GHT ; présentation et validation des travaux de la CSSM (ébauche de diagnostic et axes de travail) ; composition du groupe projet et des groupes de travail
- **11 septembre 2018** : Réunion technique de préparation de la journée de lancement du PTSM
- **13 septembre 2018** : Réunion d'organisation de la journée de lancement du PTSM du 4 octobre avec la direction de l'offre de soins de l'ARS
- **4 octobre 2018** : Journée de lancement pour l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de l'Essonne : « La santé mentale est l'affaire de tous ! Travaillons ensemble ! », en présence d'Aurélien Rousseau, Directeur Général de l'ARS
- **8 novembre 2018** : Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) : retour sur la journée de lancement du PTSM du 4 octobre ; examen du diagnostic territorial partagé initié par les 3 groupes de travail (constitués lors de cette journée) sur les 3 axes retenus par le COPIL PTSM et dégagés par la CSSM
- **11 octobre 2018** : Groupe projet : retour sur la journée de lancement du PTSM du 4 octobre ; préparation méthodologique des réunions suivantes des 3 groupes de travail
- **11 janvier 2019** : Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) : présentation et validation du diagnostic territorial partagé à partir des matrices (synthèse des forces/faiblesses par thématique), issues de la réflexion des groupes de travail ; examen des principaux dysfonctionnements et pistes issus des 3 groupes de travail
- **15 février 2019** : Groupe projet : analyse du diagnostic territorial partagé et préparation de la 2^{ème} phase des groupes de travail portant sur la rédaction des fiches action du PTSM

- **20 février 2019** : COPIL PTSM : validation du diagnostic territorial partagé, des principaux dysfonctionnements identifiés dans le cadre des 3 groupes de travail et des actions identifiées
- **5 juin 2019** : Groupe projet : échanges sur la finalisation des travaux du PTSM ; méthodologie de rendu et de suivi des travaux de mise en œuvre
- **6 juin 2019** : Commission spécialisée en santé mentale (CSSM) : avis de la CSSM sur le diagnostic territorial partagé et sur le projet territorial de santé mentale (fiches actions) en préparation de l'avis du CTS ; principe d'organisation d'une matinée de rendu du PTSM en octobre 2019 sous format de plénière ; méthodologie de suivi du PTSM
- **27 juin 2019** : COPIL PTSM : rappel de la démarche engagée et du calendrier ; avis du COPIL sur le projet territorial de santé mentale (fiches actions)
- **4 juillet 2019** : avis des CLSM/CLS et du CTS sur le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale

Les groupes de travail se sont réunis à 5 reprises et deux plénières ont été organisées, au lancement et en clôture de la démarche :

	Groupe de travail <i>Orientation n°3 : Entrée dans le parcours</i>	Groupe de travail <i>Orientation 4 : Urgence et crise</i>	Groupe de travail <i>Orientation 5 : Parcours sans rupture et insertion</i>
Phase 1 : Journée de lancement du PTSM	4 octobre 2018 Démarche d'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) Principales données relatives à la santé mentale en Essonne Premiers travaux collaboratifs : l'Inter-GHT et la psychiatrie en Essonne Premier état des lieux de la réflexion par la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne Table ronde : « Travailler ensemble. Quelques pistes d'actions en santé mentale ? »		
Phase 2 : Diagnostic territorial : Analyse des forces et faiblesses de l'offre en santé mentale	4 octobre 2018 12 novembre 2018 17 décembre 2018	4 octobre 2018 28 novembre 2018 18 décembre 2018	4 octobre 2018 19 novembre 2018 20 décembre 2018
Phase 3 : Élaboration du Projet territorial de santé mentale : fiches actions	21 février 2019 19 mars 2019	20 février 2019 18 mars 2019	19 février 2019 26 mars 2019
Phase 4 : Restitution du PTSM	Automne 2018		