

Projet territorial de santé mentale de la Seine-Saint-Denis (93) : les transitions

Intitulé : Les transitions de vie et de parcours des personnes souffrant de troubles mentaux.

Objectif(s) du groupe : Décrire et analyser les transitions sources de ruptures dans les parcours de personnes de tout âge, atteintes de troubles psychiques temporaires ou définitifs, avec ou sans handicap.

Pilotes du groupe 2 : Madame Bao-Hoa Dang (Pilote MAIA), Monsieur Raymond Mendy (pôle solidarité du conseil départemental), Dr Thibaut Ernouf (psychiatre du secteur 93GO2).

Réunions pour la phase diagnostic :

- 19 avril 2019 : 19 présents sur 45 inscrits.
- 20 mai 2019 : 31 présents sur 50 inscrits.
- 18 juin 2019 : 14 présents sur 52 inscrits.

Tableau des inscrits (annexe).

1 INTRODUCTION

Le rapport de Michel Laforcade (2016)¹, fait suite à un grand nombre de rapports pointant les ruptures de parcours des personnes en souffrance psychique. Son objectif n'est pas de réitérer dans quel sens doit évoluer le système de santé mais plutôt de proposer comment y parvenir, avec quels leviers, quelles alliances, quelles **coopérations** entre acteurs, quelles **méthodes** et quels **moyens**. Il met également en lumière les **pratiques innovantes** mises en place dans certains territoires, et qui méritent d'être diffusées. Son analyse est reprise dans les 6 priorités du décret PTSM².

Les **dysfonctionnements dans les parcours de soins sont multiples** : changement de structures, changement d'âge, populations oubliées, difficultés d'accès à la première consultation, cloisonnement entre les soins somatiques et les soins psychiatriques...auxquels s'ajoutent **des inégalités territoriales dans l'offre de soins et les ressources de l'accompagnement social et médico-social**.

Alors qu'ils sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale³, les médecins généralistes sont peu associés à ces parcours. Plusieurs études soulignent qu'environ «un cas de souffrance psychique sur deux ne serait pas détecté par le médecin généraliste⁴ ». Ce sous-repérage des troubles mentaux s'explique à la fois par la durée de consultation et par la formation (initiale et continue) insuffisante. En conséquence, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est l'un des plus faibles

¹ Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

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

³58 % des adultes interrogés se tourneraient vers leur médecin généraliste s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale, et 47 % d'entre eux souhaiteraient que celui-ci assure leur prise en charge (Kovess-Masfety et al, 2007).

⁴Norton et al. 2009⁴²

d'Europe. Le manque de connaissance sur les activités et missions des psychiatres, et le faible taux de retour qu'ils ont de leurs patients pris en charge par la psychiatrie, sont également des freins à la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

La prévalence des pathologies somatiques chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est élevée⁵, avec une mortalité et une morbidité avérées témoignant d'un retard voire d'une absence de prise en compte des soins somatiques dès lors qu'il existe une maladie psychiatrique. Ce retard dans la prise en charge commence dès le début des parcours des patients.

Le manque d'anticipation aux sorties d'hospitalisation, la mauvaise connaissance ou absence de dispositifs de prise en charge sociale et/ou médico-sociale, l'absence de solutions à la sortie le plus souvent laissant les familles et l'entourage en charge du parcours qui devient un «parcours du combattant», sont rapportées par l'ensemble des acteurs. Trop souvent, la collaboration entre services de psychiatrie, structures médico-sociales et sociales, nécessaire au bon parcours de vie des usagers en situation de handicap, est fragile car elle repose beaucoup plus sur l'engagement et la bonne volonté des acteurs que sur une organisation rationnelle bâtie par tous.

Le groupe « transitions » mis en place dans le cadre du PTSM de la Seine-Saint-Denis a organisé trois réunions pour :

- Identifier les transitions ;
- Elaborer un diagnostic et une analyse causale ;
- Faire émerger des solutions.

2 IDENTIFICATION DES PHASES DE TRANSITIONS

Le parcours de vie des personnes malades est émaillé de transitions naturelles (les âges), conjoncturelles (perte d'emploi, de logement, survenue d'une maladie etc.), ou structurelles (passages entre établissements de soins, de réadaptation etc.) qui sont autant de situations dans le parcours susceptibles de provoquer des ruptures si la coordination et la communication autour de la personne n'est pas mise en place. Le plus souvent la personne qui «gère» ces phases de transition est l'aidant.

Nous avons résumé les transitions du point de vue du groupe dans le tableau suivant :

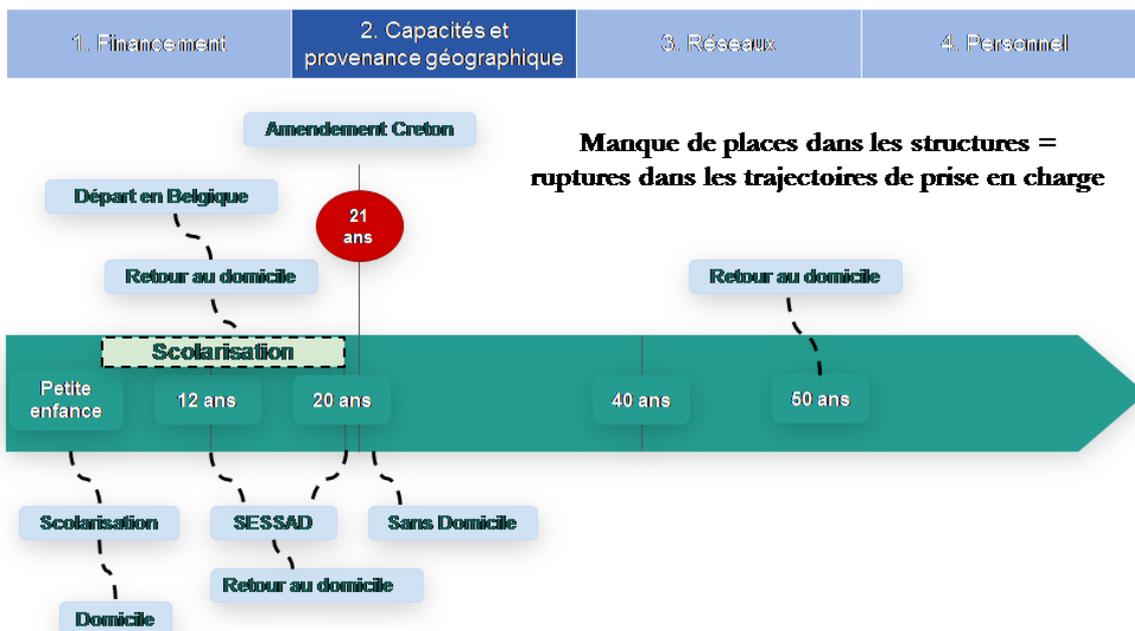
Tableau 1 :

Adolescents et Jeunes adultes	Personnes âgées	Entre structures	conjoncturel
Pédopsychiatrie/ Psychiatrie générale.	A domicile	Entre sanitaire et médico-social	Famille/maladie
Ed Nationale/ Etudes sup/ Vie active	En EPHAD	Entre EMS	Logement
Vie familiale / Autonomisation	Entre services de psychiatrie et gériatrie	Avec les acteurs de premier recours/somatique	Emploi

La figure suivante présente les risques de rupture dans les parcours :

Figure 1 : modélisation de parcours et structures

⁵Le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé dans la schizophrénie que dans la population générale et l'espérance de vie est diminuée de 20 % chez les patients atteints de schizophrénie. Certains neuroleptiques participent à cette surmortalité.



3 DIAGNOSTIC ET ANALYSE CAUSALE PAR PHASE DE TRANSITION

3.1 CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES AVEC OU SANS HANDICAP :

La SSD comprend la plus forte densité de jeunes de l'Île-de-France, avec 60 000 lycéens, 55 179 étudiants⁶, 2 Universités, un nombre de mineurs isolés ayant triplé en trois ans, et c'est la porte d'entrée des jeunes migrants.

L'adolescence et le jeune âge adulte constituent un moment de vie très singulier. C'est l'âge de l'autonomisation par rapport aux parents, des expériences amoureuses, des transitions scolaires ou vers la vie active. Il s'agit de la tranche d'âge où apparaissent classiquement les pathologies psychiatriques adultes. Les enjeux sont donc :

- de repérer les pathologies émergentes notamment psychotiques chez les jeunes adultes,
- d'éviter les ruptures car ces jeunes ne sont pas demandeurs de soins,
- de s'assurer que ceux qui rentrent dans le parcours de santé y restent jusqu'au rétablissement.

3.1.1 Les parcours des adolescents et jeunes adultes :

L'adolescence n'est pas une tranche d'âge (on retient souvent 12-25 avec deux tranches 12-16 et 16-25 ans) mais une période où la majorité des troubles psychiatriques émergent : schizophrénie, troubles bipolaires, troubles du comportement alimentaire. C'est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible avec une très forte proportion de ruptures de soins. C'est donc une période sensible qui nécessite une coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) qui a souvent pris en charge les premiers troubles, et la psychiatrie générale (PG) qui assure le relais, parfois dès l'âge de 16 ans, et les structures de prévention (maison des ados, PAEJ par exemple) ou encore les acteurs impliqués (médecine scolaire, éducation nationale, protection de l'enfance, MPU, associations⁷, PJJ, services de prévention spécialisée etc.).

⁶Source : Ministère de l'Enseignement supérieur, 2016 (60 000 étudiants selon le site du Conseil départemental).

⁷Devenir, Rencontre 93.

Les constats du groupe :

- Les **dispositifs de prise en charge sanitaire des «jeunes adultes» sont faibles** au regard des besoins :
 - Lorsqu'il faut hospitaliser un adolescent en SSD, l'offre de soins est de 24 lits plus 10 lits de soins études. Une étude⁸ a montré que les 12-25 ans domiciliés en SSD, occupaient en 2017, l'équivalent de 48 lits hors SSD.
 - La sortie peut s'accompagner d'un passage en hôpital de jour où là encore les places manquent.
 - Pour une prise en charge ambulatoire les délais sont longs peu compatibles avec la temporalité des adolescents. A «ADO NEUILLY⁹» les délais d'attente sont entre 4 et 5 mois et la liste d'attente d'une cinquantaine de jeunes.
 - Enfin l'organisation des urgences est dépendante du site d'accueil.
- La **collaboration entre PIJ et PG manque de coordination** au sein d'un même hôpital et plus encore sur un territoire. Il n'existe pas de consensus sur les adolescents/jeunes adultes qui bénéficieraient d'une continuité de suivi en PIJ et quels autres ont un plus grand intérêt à passer précocement en PG. Ainsi, 50% des suivis sont marqués par une discontinuité de près de 6 mois entre la transition PIJ vers PG, et cette période est caractérisée par près de 50% de perdus de vue.
- La **collaboration entre le secteur sanitaire et médicosocial** souffre également d'un manque de coordination :
 - Le suivi en PIJ s'interrompt souvent lorsque les enfants présentant des troubles du développement bénéficient d'une orientation vers le secteur médico-social, entre l'âge de 6-8 ans et 14 ans. Les établissements médico-sociaux sont alors amenés ultérieurement à rencontrer des difficultés pour le recours aux soins de leurs patients présentant des troubles du comportement, et se tournent vers les services de PG (en hospitalisation et aux urgences) qui ne connaissent pas le patient. C'est une perte de chance pour les patients souffrant de handicap et une source d'incompréhension entre le sanitaire et le médico-social.
 - L'amendement Creton¹⁰ permet à de jeunes adultes de plus de 20 ans, et relevant de la PG pour le versant sanitaire, de rester dans leur structure médicosociale dans l'attente d'une place dans un EMS pour adultes.
- Dans le secteur de la **prévention et de l'action sociale** :
 - Les 3 MDA, les 8 PAEJ¹¹, les 6 consultations jeunes consommateurs, et le relais collégien-lycéen¹² sont des dispositifs de prévention qui ne couvrent pas tout le territoire et s'articulent mal avec le sanitaire.
 - La **question de l'addiction** est peu présente dans la prise en charge sanitaire des jeunes or 40% d'entre eux sont en situation d'addiction. Par ailleurs il existe peu de communication organisée entre les professionnels de l'addictologie (CSAPA) et les structures d'accueil des jeunes de l'ASE (ex l'Association Vivre et Devenir) ou les services de Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

⁸Dr Evelyne Lechner groupe de travail axe 4 de l'EPS-VE.

⁹ADO NEUILLY est un CMP pour adolescents basé à Neuilly sur Marne.

¹⁰Concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap, le secteur médico-social établit une distinction tant en matière d'organisation des réponses aux besoins, que de financement, entre les établissements et services s'adressant aux enfants d'une part, et ceux s'adressant aux adultes. Dans ce cadre, l'âge de 20 ans constitue un critère de passage entre les deux dispositifs. Jusque dans les années 80, les jeunes adultes ayant dépassé cette limite d'âge pouvaient se voir exclure de leur structure d'accueil, sans perspective de place en établissement pour adultes. Pour éviter des retours forcés au domicile familial sans aide ni soutien, l'article 22 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 dit « amendement Creton » permet le maintien d'adolescents et de jeunes adultes dans leur établissement médico-social « au-delà de 20 ans dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) et de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) ».

¹¹ Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents.

¹² Consultation médico-psycho-pédagogique ambulatoire et mobile basée à la Courneuve.

- Certaines associations, comme Devenir, prennent en charge des cas complexes confiés par l'ASE (TGD : très grande difficulté) et expriment leur difficulté à travailler avec le secteur sanitaire soit pour avoir des avis soit dans les suites d'une prise en charge sanitaire.
- Dans les **établissements pénitenciers, les jeunes adultes bénéficient de peu de soins** (Maison d'arrêt de Villepinte) psychiatriques ou d'addictologie, alors même que cette population est plus fréquemment consommatrice de drogues.

Pour éviter les ruptures citées dans cette tranche d'âge, certaines propositions ont été faites dans différents rapports :

- Mettre en place le dispositif Ecoute'émoi¹³ non déployé en SSD.
- Renforcer les liens entre la psychiatrie et l'éducation nationale (rapport Moro et Brison¹⁴).
- Repousser la limite de l'âge de prise en charge en psychiatrie adulte à 18 ans et plus au besoin, et mettre en place une phase de transition cohérente entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale.
- Intégrer pleinement les maisons des adolescents (MDA) dans le parcours des jeunes, conforter leur rôle de coordination des parcours et des partenaires, mais aussi de prévention, de repérage, de diagnostic, de soin ou d'orientation vers le soin, et les renforcer en matière de personnel (psychologues, infirmiers). Elles doivent permettre un accueil rapide, une évaluation minimum et l'élaboration d'un projet d'accompagnement, sans pour autant se substituer aux missions d'autres acteurs.
- Créer, dans le secteur médico-social, des dispositifs d'accueils et de scolarisation pour de petits groupes d'adolescents ayant des capacités supérieures aux enfants des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS, devenues ULIS depuis 2015), mais trop troublés pour être au collège ou au lycée, avec un enseignant dédié.
- Prévoir des dispositifs d'urgence somatiques et psychiatriques pour les moins de 18 ans.

3.1.2 LE PARCOURS DES ETUDIANTS

Selon l'Observatoire de la vie étudiante (OVE), un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à des soins ou examens médicaux pour des raisons financières. Ce chiffre est d'autant plus préoccupant pour l'accès aux soins en matière de psychothérapie, compte tenu des inégalités territoriales quant à la répartition des psychiatries libéraux (et conventionnés en secteur 1) et du non-remboursement des consultations avec les psychologues.

Tableau 1 : population étudiante par département (source Ministère de l'enseignement supérieur 2016)

75 - PARIS	337 906
93 - Seine-Saint-Denis	55 179¹⁵
92 - Hauts de Seine	83 473
94 – Val de Marne	56 576
91 – Essonne	38 883
77 – Seine et Marne	26 985
95 – Val d'Oise	29 761
78 - Yvelines	34 303

¹³ **Fiche action du PRS2 N° 8** : organisation du repérage et de la prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans. Repose sur la mobilisation de différents professionnels tout au long du parcours, du repérage à la prise en charge, en particulier les médecins (généralistes, pédiatres, médecins de l'éducation nationale ou en service de santé universitaire) et les psychologues présents dans les établissements scolaires et les psychologues libéraux. Les éléments d'innovation consistent essentiellement au renforcement de la formation en santé mentale des adolescents des médecins généralistes et l'inclusion, dans le parcours de soins coordonnée, de prises en charge par des psychologues libéraux sans aucun coût pour le patient.

¹⁴ Dans le cadre de l'élaboration du plan d'action « Bien-être et santé des jeunes » (2016), Mme Marie-Rose Moro et M. Jean-Louis Brison, destinataires de la mission, poursuivaient quatre grands objectifs : repérer plus précocement les signes de grand mal-être, mieux orienter les jeunes vers les professionnels compétents, mieux accompagner les personnels, améliorer les prises en charge.

¹⁵ **60 000** selon le site du CG93.

La population étudiante de la SSD est relativement importante avec entre autres (et outre les universités Paris 8 et Paris 13) la présence sur le territoire de : 8 IFSI, l'Ecole 42, le CNAM, l'école d'ingénieurs SupMéca, un pôle d'enseignement supérieur de la musique. Par ailleurs ce bassin étudiant devrait croître davantage avec l'installation à Aubervilliers du **campus Condorcet (12 000 étudiants supplémentaires attendus, dont 4800 doctorants)** en septembre 2019, et celle du campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord à Saint Ouen (Paris 7) d'ici 2027.

3.1.2.1 Problèmes somatiques des étudiants

La majorité des étudiants sont en bonne santé, mais il faut surveiller à cet âge : le gynécologique (contraception, grossesse, IVG, dépistage MST, VIH), la dentition, l'ophtalmologie, la mise à jour des vaccinations, les addictions. Les étudiants migrants de première et deuxième génération doivent bénéficier de dépistage de pathologies fréquentes de leur zone d'origine: tuberculose et hémoglobinopathies (drépanocytose) et d'un contrôle de leur vaccination.

3.1.2.2 Problèmes psychologiques des étudiants

Quelques données épidémiologiques :

- Les troubles psychiatriques sont la 1^{ère} cause de morbidité des 19-25 ans (OMS).
- Selon l'enquête nationale de la LMDE de 2011, 77 % des étudiants se sont sentis déprimés, 54 % des étudiants se sont sentis tendus ou agressifs, 18 % angoissés, 45% ont eu des difficultés de concentration et plus d'un étudiant sur deux déclare avoir eu des insomnies.
- Selon l'enquête de l'OVE (2013), les difficultés psychologiques restent prévalentes dans les problèmes de santé (53% ressentent stress et déprime, 39% de l'épuisement, 26% isolement et solitude, 22% des problèmes de sommeil) et condition aggravante, une diminution du recours aux soins.
- Toujours selon l'OVE, en 2018, 15% des étudiants présentent les critères d'une Episode Dépressif Majeur contre 8% en population générale. 8% ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois contre 3% des 15-30 ans en population générale.
- Les doctorants, présentent des problématiques spécifiques en lien avec la nécessité d'une autonomie radicale dans leurs travaux, et avec la précarité de leur statut et parfois de leurs conditions économiques. Cette dernière étape charnière du cursus universitaire renvoie à des interrogations existentielles et professionnelles parfois préexistantes (légitimité de leur choix et de leur situation, sentiment de solitude, sentiment «d'incompétence» ou «d'imposture», questions existentielles concernant leurs choix d'adulte). L'ancrage disciplinaire, ainsi que les modes de financement, les conditions de travail et de socialisation sont des facteurs déterminants de réalisation de leur thèse et de leur bien-être psychologique (investissement du travail personnel et confiance dans leur insertion professionnelle). Dans les disciplines de lettres – Sciences humaines et sociales, seulement 9,1% de l'ensemble des doctorats bénéficient de financement (contre 20,1% en droit économie, et 61,3% en sciences).

Ces difficultés sont à mettre en lien avec :

- L'inconfort psychologique lié à la transition enseignement secondaire/supérieur,
- La vulnérabilité spécifique à l'anxiété et à la dépression, en particulier chez les filles (75 % des consultations des BAPU¹⁶ parisiens), aggravée par les situations de maltraitance, d'abus, ou de trauma antérieur (pays d'origine en situation de guerre).
- L'âge d'apparition des pathologies psychiatriques graves et chroniques (troubles bipolaires, troubles schizophréniques).
- La période de décompensation des troubles psychologiques anciens (enfance, adolescence), liée à l'autonomisation et/ou à la rupture du parcours de soins (troubles des conduites alimentaires, pathologies névrotiques, addictions).

¹⁶Bureau d'aide psychologique universitaire.

Accueil des étudiants étrangers

Il n'existe pas de portrait type de l'étudiant étranger en « réelle mobilité » et cette population semble extrêmement hétérogène au niveau des données personnelles et culturelles, de la formation académique et des motivations des étudiants. Celles-ci seront bien évidemment déterminantes dans les facteurs de bien-être et de réussite. Néanmoins un certain nombre de problématiques communes sont à prendre en considération :

- Le choc culturel ;
- Les problématiques liées à la séparation ;
- Les difficultés académiques.

3.1.2.3 Les dispositifs de santé actuellement dédiés aux étudiants en SSD :

- Deux Services de Médecine Préventive Universitaire (MPU) :
 - o un service à l'Université Paris Nord (Dr LAPERROUZAS),
 - o un service à l'Université Paris Saint Denis (Dr IATCHEV), pour les actions de prévention et de dépistage. Ces services souffrent d'une difficulté à orienter leurs étudiants en aval du dépistage (problème de l'absence de services dédiés, problème culturel, problème de connexions intercommunales).
- Accueil des jeunes dans les 3 MDA du département jusqu'à 21 ans.

Face aux besoins spécifiques des étudiants, le département est confronté à plusieurs difficultés :

- Pas de dispositif de soins somatiques dédié aux étudiants.
- Pas de dispositif de soins psychologiques dédié aux étudiants : aucun BAPU, pas de consultation dédiée dans les secteurs de psychiatrie générale, pas ou peu de lits dédiés dans les services d'hospitalisation de psychiatrie générale.
- Des CMP engorgés : délai d'attente, insuffisance de consultations libérales (4 psychiatres pour 10 000 habitants/64 psychiatres pour 10 000 habitants à Paris) et qui ne peuvent pas répondre aux spécificités des difficultés psychologiques des étudiants, qui imposent : un accueil rapide du fait de l'impact immédiat sur la vie universitaire et les performances, une prise en charge brève ou morcelée du fait de la mobilité des étudiants, une prise en charge gratuite du fait de la précarité économique des étudiants, une prise en charge compatible avec les études, des liens nécessaires avec les services dédiés de l'université (mission handicap, MPU, services du Crous).

Au total : carence des filières de soins spécifiques à cette population, en aval du dépistage de la MPU.

Tableau 2 : offre de santé mentale par département pour les étudiants

75 :
- 4 BAPU (dont 1 BAPU ayant 3 antennes différentes),
- 1 Relais Etudiant Lycéens, renforcé depuis peu par une consultation psychiatrique dédiée aux étudiants en collaboration avec le secteur de psychiatrie,
- des lits d'hospitalisations dédiés aux étudiants à Cochin,
- 2 centres de santé étudiants
92 :
- 1 BAPU,
- 1 Relais Etudiant Lycéens
94 : 3 BAPU
91 : projet de Maison de Santé Etudiante sur le plateau de Saclay
95 : 1 Maison des Adolescents accolée au Relais Collégiens-Lycéens-Etudiants

3.2 CHEZ LES PERSONNES AGEES :

3.2.1 Principaux constats

- Le pourcentage de suicides augmente au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'enjeu est donc bien de repérer aussi précocement que possible ce qui relève notamment des troubles anxieux et dépressifs chez la personne âgée.
- Les processus de détérioration cognitive et comportementale, de type Alzheimer ou autre, apparaissent chez les septuagénaires, même si ces affections peuvent être plus précoces. Ces troubles démentiels sont aujourd'hui traités le plus souvent par des gériatres, bien qu'ils fassent toujours partie des classifications psychiatriques.
- Les pathologies psychiatriques peuvent apparaître à l'âge avancé sans forcément d'antécédents à l'âge adulte (dépression, trouble bipolaire, suicide, trouble anxieux, trouble de personnalité, addictions, trouble psychotique d'apparition tardive). Elles peuvent s'additionner aux troubles démentiels, nécessitant l'intervention conjointe des psychiatres, gériatres, et neurologues.
- Les usagers de la psychiatrie vieillissent aussi, qu'ils vivent chez eux ou dans des établissements médico-sociaux, or ils ne bénéficient pas toujours des dispositifs adaptés à leur âge. L'intervention des gériatres et des neurologues, pour la prise en charge des troubles du comportement en particulier vient en appui de la psychiatrie auprès de ces populations.
- Les relations entre EHPAD, familles, services sociaux, établissements médicosociaux, centres hospitaliers généraux, secteurs psychiatriques et gériatrie ne sont pas toujours d'excellente qualité. Les doléances portent surtout sur :
 - Le recours trop systématique aux urgences des hôpitaux,
 - L'absence fréquente de lits dédiés de gériatrie dans les courts séjours des hôpitaux généraux,
 - L'aide insuffisante aux familles (de type "répit") malgré l'existence de quelques centres de jour, dont l'évaluation mériterait d'être plus poussée,
 - Le nombre insuffisant d'équipes mobiles de psychogériatrie,
 - La coordination insuffisante entre gériatrie et psychiatrie, mais aussi entre psychiatrie, médecine générale, soins somatiques, familles et mandataires de justice.

3.2.2 Les propositions les plus fréquentes dans les rapports :

- **Création d'équipes mobiles d'intervention précoce** susceptibles de se déplacer dans les EHPAD, pour prévenir les rechutes ou les crises chez des usagers de la psychiatrie,
- **Création d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie (EMGP)**, auxquelles peuvent faire appel les professionnels de santé. Ces équipes peuvent assurer des suivis et faire le lien entre tous les partenaires du territoire de santé dans une logique de parcours de vie pour les personnes atteintes de troubles démentiels, type Alzheimer, comme pour les usagers vieillissants de la psychiatrie, qu'ils résident à leur domicile, en établissement médico-social ou en EHPAD.
- **Collaboration entre établissements autorisés en psychiatrie et établissements sociaux et médico-sociaux** sur le problème spécifique de la prescription et de l'administration des psychotropes.
- **Traitement explicite de la géronto-psychiatrie** dans le projet territorial de santé mentale.

3.2.3 La situation en Seine-Saint-Denis

- S'il n'existe pas d'équipe d'intervention précoce, il existe trois équipes mobiles géronto-psychiatrie (1 à Robert Ballanger, deux à l'EPS-VE). Il existe une unité mobile d'évaluation gériatrique située à l'hôpital de Montfermeil prend en charge des problématiques psychiatriques (UMEP).
- Le département dispose de 18 lits de géronto-psychiatrie à l'hôpital René Muret du groupe HUPSSD.
- L'hôpital Delafontaine dispose d'un service de gériatrie avec une consultation psychiatrique.
- Le territoire est organisé en trois MAIA (Nord, Sud-Est et Sud-Ouest).
- Un groupe de réflexion «santé mentale, personnes âgées» existe depuis 2007 et organise des colloques.

- Le pôle CRISTALES de soins somatiques de l'EPS-VE a déjà signé 80 conventions avec des établissements médicosociaux dont des EPHAD.
- Les 18 CMP adultes de SSD ont désigné en 2018 des référents géronto-psychiatrie dont la formation et les missions restent à définir.
- La Formation « action sociale santé mentale » (FASSM) a intégré dans son programme une journée dédiée à la géronto-psychiatrie.
- Enfin un groupe télémédecine piloté par l'URC (unité de recherche clinique) de l'EPS-VE réfléchit à l'utilisation de cet outil entre EPHAD et secteurs.
- Certains EPHAD comme la Seigneurie (Pantin) réservent des places pour les malades âgés « psychiatriques ».
- **Le PRS2 ne contient pas de fiche action sur la question de la santé mentale des personnes âgées.**

3.3 LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP PSYCHIQUE

Le handicap psychique est difficile à évaluer, et est peu stable dans le temps. La Seine-Saint-Denis est marquée par une sous-dotatation historique en structures pour personnes en situation de handicap en dépit des besoins sans cesse croissants. Cette situation est objectivée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France via l'indice global de besoin et l'indice de priorisation qui situent la Seine-Saint-Denis parmi les territoires prioritaires pour les mesures nouvelles d'investissement, aussi bien pour le public enfant (ID_PP de 0,70) que pour le public adulte (ID_PP de 0,84). Ces données montrent, à juste titre, qu'en Seine-Saint-Denis, les besoins des personnes en situation de handicap sont les moins couverts, eu égard de l'offre existante ce qui, en partie, explique le fait que 55 % environ des usagers admis en établissement le sont en dehors du Département. Par ailleurs, les données chiffrées de la MDPH 93 dénombrent plus de 400 enfants et près de 1000 adultes¹⁷ identifiés au domicile et sans solution en 2017.

S'agissant plus spécifiquement de l'accueil des séquano-dionysiens dans les établissements belges, au 31 décembre 2017, 459 adultes (toutes compétences confondues) et 93 enfants sont recensés, ce qui positionne la Seine-Saint-Denis à la 2^e place de la liste des Départements de France (1^{ère} place en Ile-de-France) ayant les plus importants effectifs d'usagers adultes en Belgique. Pour ce qui concerne les usagers enfants, le Département occupe la 3^e place (1^{ère} place en Ile-de-France)¹⁸.

Face à cette réalité, le Conseil départemental a adopté en 2016 le Plan Défi Handicap qui vise à « *apporter une réponse pour chacun* » et consacre 16 millions d'euros supplémentaires chaque année au handicap. Le Plan se décline en trois axes qui ont pour objet la transformation de l'offre pour mieux répondre au besoin : la création de 1000 places supplémentaires à l'horizon 2025, l'expérimentation en 2017 de la réponse accompagnée pour tous et avant sa généralisation en 2018 et la coordination de tous les acteurs. Il vise à favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la vie sociale « ordinaire » : logement, activités sportives, culturelles et de loisirs, accès à une vie affective et sexuelle, lien social et pratiques partagées entre les personnes valides et les personnes en situation de handicap. En décloisonnant les approches et en diversifiant les réponses, le programme vise à structurer l'offre d'accompagnement à partir des besoins et des projets de vie des personnes, en sortant des logiques institutionnelles et financières cloisonnées. S'agissant du handicap psychique, il est prévu dans le cadre du Plan Défi handicap, la création d'un foyer de vie pour adultes en situation de handicap psychique dans le but d'améliorer l'offre pour le public handicapé psychique.

Au-delà du déficit d'offre, les contraintes administratives (complexité du dossier MDPH, délais de réponse de la MDPH, délais de paiement des prestations/aides par les administrations compétentes) peuvent impacter le parcours des personnes en situation de handicap vers l'accès effectif aux droits.

¹⁷ Source : MDPH de Seine-Saint-Denis, 2018.

¹⁸ Source : Statistiques des présences adultes dans les établissements médico-sociaux belges au 31/12/2017 ARS Hauts-de-France, 2018.

Il n'existe aucune coordination institutionnelle des dispositifs concernant le handicap psychique, et de lieu d'information de type « centre ressources du handicap psychique » pour les usagers. En revanche les acteurs du territoire (UNAFAM, les GEM, la Trame etc.) mettent en place des accompagnements/actions pour cette population. A ce titre, la prise en charge du handicap psychique demeure insuffisante dans le département.

3.4 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Les travailleurs sociaux ressentent le besoin de collaboration avec des professionnels de la psychiatrie et d'analyse des pratiques. Ils apprécient toujours l'existence d'équipes mobiles psychiatrie-précarité de la psychiatrie publique ou d'équipes mobiles psycho-sociales mises en place par des associations, lorsqu'elles existent.

4 FAIRE EMERGER DES SOLUTIONS

Sont numérotés en jaune les thèmes jugés prioritaires par les pilotes.

4.1 UN PROJET ADOLESCENTS/JEUNES ADULTES/ EN SITUATION DE HANDICAP OU PAS PRENANT EN COMPTE LES PROBLEMATIQUES D'OFFRE ET DE COORDINATION.

- Implanter un Bureau d'aide psychologique universitaire – BAPU (structure médico-sociale) dans le département (4 BAPU à Paris et 3 en Val de Marne) (1) ;
- Ouvrir une unité d'hospitalisation pour adolescents/jeunes adultes dans le département (2) ;
- Mettre en place une équipe garante du continuum entre PIJ et PG départementale ;
- Pour les troubles débutants, prévoir des modalités moins traumatisantes que l'hospitalisation, par exemple de petites unités de quelques places réservées aux premiers épisodes schizophréniques de l'adolescence, type centre de crise et/ou des consultations spécialisées pour le repérage et l'intervention précoce des premiers épisodes de psychose(3).
- Renforcer le lien avec la pédopsychiatrie et la psychiatrie dans le cadre des réunions pluri-professionnelles (RPP) organisées par le service social départemental en lien avec la **MDPH, les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)**, la PMI et la Direction des personnes âgées et personnes handicapées du CD. ces acteurs travaillent également sur la mobilisation du dispositif d'accueil familial du Département¹⁹ comme une des réponses pour les jeunes sortants du dispositif.
- Formaliser le partenariat entre psychiatrie (PIJ et PG) et les acteurs du territoire (prévention spécialisée, médecine scolaire, services scolaires de mairies, devenir etc.)

4.2 UN PROJET PARCOURS DES PERSONNES AGEES EN SITUATION DE HANDICAP OU PAS PRENANT EN COMPTE L'OFFRE, LA FORMATION, LES PRATIQUES ET LE MAINTIEN EN LOGEMENT ADAPTE.

- Ouvrir/étendre une unité d'hospitalisation de géro-psycho- (18 lits à René Muret pour tout le territoire) pour mieux répondre aux besoins de la population âgée (1) ;
- Couvrir tout le territoire d'équipes mobiles de géro-psycho- et évaluer leur action (2) ;
- Développer l'IAD, notamment après évaluation des pratiques des secteurs de psychiatrie pour connaître la cause de l'hétérogénéité des pratiques dans la prise en charge du sujet âgé (3) ;
- Rédiger une charte pour assurer la transition entre psychiatrie adulte et géro-psycho- , notamment un socle de pratiques communes à tous les services de psychiatrie et de gériatrie ;
- Recommander le développement de formations autres que le DU géro-psycho- ;

¹⁹Géré par la Direction des personnes âgées et personnes handicapées.

- Inciter à la création et/ou au développement de pensions de famille/ maisons relais/accueil familial adaptées au sujet âgé (4).

4.3 POUR AMELIORER TOUTES LES TRANSITIONS QUEL QUE SOIT L'AGE, LE HANDICAP ET LA STRUCTURE

4.3.1 Développer l'intervention à domicile, l'habitat inclusif et le logement accompagné

- L'intervention à domicile (IAD) des secteurs sanitaire, médico-social, et social paraît adaptée dans un certain nombre de situations : sujet âgé, jeunes qui ne se rendent pas au CMP, personnes en situation complexe etc. mais pose des questions éthiques et des questions de moyens. Elle permettrait de prévenir des situations complexes, de réduire les risques de suicide, de prévenir le recours aux urgences psychiatriques (1).
- L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité d'hospitalisation qui serait appropriée aux jeunes et aux personnes âgées.
- Pour le public handicapé souhaitant vivre en milieu ordinaire, il serait approprié de mettre en place des solutions en milieu ordinaire ainsi qu'une meilleure articulation entre les établissements médico-sociaux et le milieu ordinaire (habitat inclusif/logement accompagné) fortement encouragés par le Conseil départemental à travers le Plan défi handicap et le Schéma autonomie et inclusion (en cours d'élaboration).
- Mettre en place des structures de répit, permettant aux familles en charge d'un patient lourdement atteint /d'une personne handicapée d'avoir des temps de répit dans la journée ou dans la semaine (type accueil de jour, hébergement de nuit. ou plateforme de répit Alzheimer).

4.3.2 Améliorer l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques :

- Mettre en place une articulation forte entre urgences psychiatriques et urgences somatiques.
- Pour certaines situations relevant de l'urgence, disposer d'un annuaire des acteurs du soin joignables rapidement.
- Développer le suivi somatique des usagers et les bilans de santé somatique systématiques dans tous les établissements médico-sociaux.

4.3.3 Développer les relations entre médecin traitant et psychiatre :

- Mettre en place une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint, permettant aux médecins généralistes d'obtenir l'avis d'un professionnel de psychiatrie à propos de l'un de leurs patients et une prise en charge adaptée.
- Mettre en place un numéro unique à disposition des médecins généralistes afin d'adresser rapidement un patient vers le secteur psychiatrique.
- Assurer des liens écrits réciproques entre médecin traitant et psychiatre (ex. courrier détaillé du psychiatre au médecin généraliste).

4.3.4 Mettre en place une prise en charge plus précoce :

- Une meilleure formation initiale des médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmiers scolaires, médecins du travail en termes de diagnostic, et une meilleure collaboration entre les acteurs du soin.
- Des dispositifs expérimentaux intersectoriels d'intervention précoce pour certains troubles mentaux sévères (schizophrénie, troubles de l'humeur, etc.).
- Des centres ressources handicaps psychiques, sur le modèle des centres thématiques existants, qui ont fait leurs preuves.

4.3.5 Renforcer la collaboration entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social :

- Mobiliser de manière plus systématique les acteurs du secteur sanitaire (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte) aux réunions pluri-professionnelles (RPP) quand les situations le nécessitent. Leur mobilisation

aurait également une plus-value pour les situations complexes vues dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (CD) et nécessitant une double prise en charge sanitaire/médico-sociale sur une période transitoire définie dans le cadre du Plan d'accompagnement global (CD) (2).

- Organiser l'articulation des dispositifs de coordination (RAPT, PCPE²⁰, DIH²¹, RESAD, CLSM, Plateforme la Trame, MAIA etc.) via des cellules opérationnelles (3).
- Mettre en place des référents parcours pour chaque patient, garants de l'articulation avec le médico-social et de l'intervention à domicile, et en capacité de traiter l'ensemble des problématiques, notamment le logement.
- Renforcer le volet « santé mentale et psychiatrie » des contrats locaux de santé (CLS).

4.3.6 Porter une réflexion sur l'animation territoriale

- Le manque de coordination des acteurs et de leurs pratiques hétérogènes, et l'absence d'animation des réseaux se posent régulièrement. Ex. Les CLSM/RESAD/Mission handicaps – lorsqu'ils existent dans une commune – ne communiquent pas nécessairement alors qu'ils gèrent les mêmes situations. Quelle forme d'animation territoriale faut-il mettre en place ? Quel acteur est le plus à même de remplir cette mission de « chapeauter » ? Le champ d'intervention et le bénévolat des RESAD n'est pas assez large pour cela.
- L'animation territoriale peut également être un espace où se traitent les questions du partage d'information et les liens avec l'addictologie. Ex. Proposer des journées thématiques réunissant les acteurs des différents secteurs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) sur des sujets définis.

²⁰ Pôle de compétences et de prestations externalisées.

²¹ Dispositif intégré handicap.

ANNEXE

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE TRANSITIONS :

Prénom	Nom	Fonction et service
Salima	ABDELLATIF	Responsable du service social d'Epinay-sur-Seine, Conseil départemental
Florence	BARBIER	Chargée de mission logement intermédiaire, Interlogement 93
Ioana	BARRY	Assistante sociale, Conseil départemental
Leïla	BELHAOUARI	Psychologue du travail - Pôle emploi
Amel	BENSANA	Association Devenir
Céline	BOUILLET	Pilote DIH 93
Nathalie	BRUMAUD	Directrice CIO Saint-Denis, Education Nationale
Eleonora	BUSI	Cheffe du Bureau Evaluation Adultes, MDPH 93
Annabel	CARICCHIO	RAPT - MDPH
Nadine	CIMENTI	Responsable du service social de Drancy, Conseil Départemental
Morgane	DA COSTA	Chargée de mission ESMS adultes, Pôle ressources, MDPH 93
Pascal	FAVRE	Psychiatre - Secteur G16, EPS Ville Evrard
Michel	FIKOJEVIC	Coordonnateur ASV, Clichy-Sous-Bois
Delphine	FLOURY	Cheffe de service Santé Publique, Direction du Service de l'Unité Ville et Santé, Mairie de St-Ouen
Blandine	FRANCOIS	Directrice adjointe de la MDPH 93
David	FRAYSSE	Directeur La Métis "jeunes en très grandes difficultés", Rencontre 93, AVVEJ
Pauline	GEINDREAU	Responsable Adjointe Mise à l'abri & hébergement, Interlogement 93
Patricia	HEUDRE	Chef de service éducatif - Foyer de vie (Gagny) - Association AGE CET
Gregory	HOCHBERG	Responsable de pôle accompagnement social et accès logement, SIAO93 - Interlogement 93
Karani	ISSA	Association Devenir
Florence	JULIENNE-THOMAS	Service Population Agée, Conseil Départemental
Anne-Gaëlle	KOCHBATI	Responsable adjointe du service social de Villemomble, Conseil départemental
Paul	LAMBERT	Président UNAFAM 93
Sandrine	LE JOLY	Ergothérapeute, Secteur G14, EPS Ville Evrard
Marie	LE MAUX	Directrice du centre de Gérontologie Constance Mazier (EHPAD public Aubervilliers)
Evelyne	LECHNER	Psychiatre, Secteur G18, EPS Ville Evrard
Benoît	LEMAITRE	Convention Atouts pour tous
Ariane	MA	Responsable médicale, CSAPA Le Mosaïque, Montreuil
Elisabeth	MAILLARD	Educatrice, Association Devenir
Alice	MALCUIT	Chef de service, SAMSAH de l'Oranger, Association AEDE
Sandrine	MARTINS	Psychologue, Association Devenir
Danièle	MERCADIER	Psychologue du Travail, Pôle emploi, Agence de Noisy le Sec
Mélanie	MORANDAIS	Association Devenir
Clémence	NAYROLLES	Psychologue, Foyer d'action éducative (Aubervilliers), Protection judiciaire de la jeunesse
Marie-France	PERRIER	Responsable du Service Social d'Aubervilliers
Lucien	PETOT	Vice-président UNAFAM 93
Marie-Luce	PLUMAUZILLE	Infirmière HJ de St Ouen, Secteur G02, EPS Ville Evrard
Anne	QUINTIN	Chargée de mission, Œuvre Falret
Rabha	RAHMANI	Coordnatrice CLSM, Aubervilliers
Claude	RAYNAL	Chef du bureau du soutien à domicile, Conseil départemental
Aleth	RIANDEY	Chargée de coordination gérontologique, Service Population Agée, Conseil départemental
Odile	ROLLE	Psychologue du travail, Pôle Emploi, Agence de Bobigny
Philippe	SACERDOTI	Directeur MDPH 93
Pedro	SANTOS-SERRA	Psychiatre, Secteur G14, EPS Ville Evrard
Dorothee	SCHABELMAN	Directrice générale de l'Association Gombault Darnaud (HJ Aubervilliers)
Toufik	SELMA	Responsable de la psychiatrie adulte - Secteurs G7, G8, G17, EPS Ville Evrard
Julie	TALIBON	Pilote MAIA 93 Sud-Est
Sylvie	TALLOT	Bénévole UNAFAM 93
Rita	THOMAS	Pédopsychiatre, Secteur 93G16, EPS Ville Evrard
Myriam	UKALOVIC	Responsable du service social de Tremblay-en-France, Conseil départemental
Benjamin	VOISIN	Directeur général adjoint du pôle solidarité, Conseil départemental
Wanda	YEKHEF	Chef de pôle CRISTALES, EPS Ville Evrard