

Projet Médical 2018-2022

Psychiatrie et Santé Mentale 93 Ville-Évrard

Ville-Evrard
Psychiatrie publique 93

ÉTABLISSEMENT
PUBLIC
DE SANTÉ



« Ouvrir l'institution, ce n'est pas ouvrir une porte,
mais nos têtes, devant ce malade »

Franco Basaglia

Leçons aux infirmiers, Trieste 1979

Coordination par la Présidence de la CME et la Commission Projet Médical

Dr Laurent Vassal, Président de la CME, psychiatre

Dr Noël Pommepuy, Vice-président de la CME, pédopsychiatre

Document définitif Projet Médical 2018-2022

Adopté en CME le jeudi 14 décembre 2017

Avis du conseil de surveillance le vendredi 26 janvier 2018

Le mot du Président de la CME

C'est avec un grand plaisir, une certaine fierté et une forte ambition pour notre établissement public de santé mentale que nous présentons la version achevée du projet médical d'établissement 2018-2022.

Avec plaisir car dès la présentation publique de la feuille de route le 24 juin dans les locaux de l'UDAF à Bobigny, la dynamique de travail collectif qui s'est enclenchée ne s'est pas démentie depuis.

C'est bien l'ensemble de la communauté médicale, soignante et administrative de notre établissement, entourée de nombreux partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associatifs et politiques, qui a œuvré à ce projet au service des patients.

Nous tenons à les remercier, en particuliers les usagers et leurs familles. Les échanges avec l'UNAFAM ont été particulièrement enrichissants et nous aspirons à les voir s'étoffer.

La rédaction de ce projet débute en février 2016, en pleine négociation pour l'obtention du droit de notre établissement à la dérogation à faire partie d'un Groupement Hospitalier de Territoire. Si nous avons obtenu cette dérogation, nous souhaitons surtout son maintien. Aussi, c'est sur la base des promesses de ce projet médical, et simultanément à son élaboration, que nous avons mis en place avec nos collègues de la psychiatrie de Seine-Saint-Denis le collège médical préfiguratif de la future communauté psychiatrique de territoire (CPT93) en avril 2017. C'est désormais à la finalisation de cette entité, ainsi qu'à la construction du Projet Territorial de Santé Mental, conjointement au Conseil Territorial de Santé du 93, que nous travaillons.

Notre projet médical se décline en 5 axes et en 24 fiches actions. Nous avons souhaité que cette déclinaison soit résolument pratique et opérationnelle.

C'est là notre grande ambition : que la mise en œuvre de ce projet débute et se concrétise rapidement. Nous remercions les coordinateurs des axes pour leur engagement au service de projets résolument transversaux entre les services et avec nos partenaires.

Il s'agit enfin de promouvoir, dans la continuité des grandes idées qui ont fait l'histoire et le rayonnement de l'hôpital de Ville-Evrard, une politique de secteur novatrice, ouverte et coordonnée, capable de relever les défis de notre territoire, en améliorant la qualité des soins et en assurant l'attractivité de cet grand établissement auquel nous sommes attachés.

Dr Laurent Vassal, psychiatre, président de la CME
Le 14 décembre 2017

A blue ink signature, appearing to be 'L. Vassal', written in a cursive style.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction | 6 |
| Le contexte | 6 |
| L'esprit | 7 |
| La Seine-Saint-Denis, un département spécifique | 7 |
| Le projet | 10 |
| Un projet résolument transversal | 10 |
| Cinq axes prioritaires | 10 |
| Méthodologie | 11 |
| Axe 1 – Formation, Enseignement, Recherche et Information Médicale | 13 |
| Définition des enjeux | 13 |
| Quels constats ? | 13 |
| États des lieux à l'EPS Ville-Evrard | 13 |
| Orientation stratégique : regroupement DIREF | 14 |
| Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route | 14 |
| Fiches actions Axe 1 | 15 |
| Fiche 1-1 ● CENTRE DE RECHERCHE | 16 |
| Fiche 1-2 ● DEVELOPPER ET FORMER A LA CULTURE DE LA RECHERCHE CLINIQUE | 18 |
| Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires | 18 |
| Fiche 1-3 ● PUBLICATION SCIENTIFIQUE | 19 |
| Fiche 1-4 ● DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE L'EVALUATION | 20 |
| Axe 2 – Accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, gradation des soins | 21 |
| Définition des enjeux | 21 |
| Quels constats ? | 21 |
| État des lieux à l'EPS Ville-Evrard | 21 |
| Hospitalisation Temps Plein : la relocalisation et ses effets | 21 |
| Centres Médico-Psychologiques : maillage riche mais embollisé | 22 |
| Urgence, Accueil, Crise : dispositifs multiples et peu lisibles | 22 |
| Orientations stratégiques | 23 |
| Fiches Action Axe 2 | 26 |
| Fiche 2-1 ● CHARTE DES CMP | 27 |
| Fiche 2-2 ● PERMANENCE DES SOINS, REORGANISATION DES GARDES ET URGENCES | 28 |
| Fiche 2-3 ● CREATION D'UNE U.P.I.D. | 29 |
| Orientation stratégique définie par la feuille de route | 29 |
| Fiche 2-3 bis ● COORDINATION DES ACCUEILS URGENCE ET ORIENTATION | 30 |
| Fiche 2-4 ● MISE EN PLACE D'INDICATEURS PERTINENTS POUR LE SUIVI DES ACTIONS DE L'AXE 2 | 31 |
| Moyens nécessaires | 32 |
| 1 ^{er} trimestre 2018 | 32 |
| Axe 3 – Prévention, Coordination de l'accès | 33 |
| aux soins somatiques et à la prise en charge globale, éducation thérapeutique et Processus Médicament | 33 |
| Définition des enjeux | 33 |
| Quels constats ? | 33 |
| États des lieux à l'EPS Ville-Evrard | 33 |
| Orientations stratégiques | 34 |
| Fiches actions Axe 3 | 36 |
| Fiche 3-1 ● OFFRE DE SOINS SOMATIQUES ET DENTAIRE, PARCOURS COORDONNE POUR LES POPULATIONS VULNERABLES | 37 |
| Fiche 3-2 ● DEFI | 39 |

| | |
|---|-----------|
| Fiche 3-3 ● AUTOMATISATION DE LA DISPENSATION A DELIVRANCE NOMINATIVE | 41 |
| Fiche 3-4 ● DEVELOPPEMENT ET PROMOTION DE LA PREVENTION PRIMAIRE PAR LA FORMATION ET L'INFORMATION DES PATIENTS, DES FAMILLES ET DES SOIGNANTS | 43 |
| Fiche 3-4 bis ● Jonction Axe 5 ● PROGRAMME PROFAMILLE | 45 |
| Fiche 3-5 ● ARTICULATION HOPITAL ↔ VILLE | 46 |
| Axe 4 – Articulation et transitions des soins | 48 |
| de l'enfance à l'âge adulte : handicap psychique et mental, Adolescents | 48 |
| Définition des enjeux | 48 |
| Quels constats ? | 48 |
| État des lieux à l'EPS Ville-Evrard | 48 |
| Orientations stratégiques | 49 |
| Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route | 49 |
| Fiches actions Axe 4 | 51 |
| Fiche 4-1 ● CHARTE ET EQUIPE RESSOURCE DU CONTINUUM ADOLESCENT – JEUNE ADULTE | 52 |
| Fiche 4-2 ● RENFORCEMENT DES CONNAISSANCES EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT – JEUNE ADULTE | 54 |
| Fiche 4-3 ● Jonction Axe 3 ● AMELIORATION DU PARCOURS DE SOIN DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES AUTISTES | 56 |
| Fiche 4-4 ● EVALUATION DES BESOINS EN STRUCTURES DE SOINS ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES | 58 |
| Axe 5 – Prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et réhabilitation psychique, sociale et familiale | 60 |
| Définition des enjeux | 60 |
| Quels constats ? | 60 |
| État des lieux à l'EPS Ville-Evrard | 60 |
| Orientations stratégiques | 61 |
| Fiches actions Axe 5 | 63 |
| Fiche 5-1 ● CENTRE RESSOURCE PSYCHOTRAUMATISMES | 64 |
| Fiche 5-2 ● Jonction Axe 4 ● EQUIPES MOBILES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES DE REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES EMERGENTS DE L'ADOLESCENT | 65 |
| Fiche 5-3 ● PARTENARIAT USAGERS ET FAMILLES | 67 |
| Fiche 5-4 ● UNITE TRANSVERSALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (UTEP) | 69 |
| Fiche 5-5 ● AMELIORER LA COORDINATION ENTRE ACTION SOCIALE ET SANTE MENTALE | 71 |
| références | 73 |

Le contexte

Une période historique pour la santé en France

La Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016¹ a introduit une réforme profonde du système de santé et a mis en place le regroupement des hôpitaux, par l'intermédiaire des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Cette loi n'a pu prendre cependant en compte la spécificité de la psychiatrie, et si de fait, un grand nombre d'Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) ont été rattachés aux GHT polyvalents, l'EPS Ville-Evrard a obtenu en juillet 2016 une dérogation à faire partie d'un GHT.

Il est important de rappeler que **la psychiatrie répond, depuis la circulaire du 15 mars 1960², à tous les objectifs de la loi de santé de 2016 :**

1. il n'existe pas de concurrence entre établissement, la sectorisation géographique de la psychiatrie étant installée ;
2. la psychiatrie est sérieusement impactée par la baisse de la démographie médicale, mais c'est le dynamisme des établissements psychiatriques qui peut convaincre les jeunes psychiatres de s'engager dans le secteur sanitaire ;
3. la psychiatrie a clairement pris son virage ambulatoire pour développer les alternatives à l'hospitalisation.

Une période historique pour la psychiatrie et Ville-Evrard

L'EPS Ville-Evrard est l'un des **plus grands hôpitaux psychiatriques de France**. Il a été, à certaines époques, à l'avant-garde des mouvements de réforme de la psychiatrie :

- En 1948 Paul Sivadon y crée le premier Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS) qui préfigure l'ouverture des asiles vers l'extérieur et la sectorisation,
- En 1994, est créé le service des spécialités qui assure l'évaluation et la prise en charge somatique des patients hospitalisés ;
- Enfin, en 1999, une politique de relocalisation des unités d'hospitalisation est lancée, pour rapprocher le lieu d'hospitalisation des patients de leur lieu de vie et améliorer leurs conditions d'accueil.

L'EPS Ville-Evrard dessert un bassin de population qui représente 75,9% de la Seine-Saint-Denis, soit près de 1 160 000 habitants, sur 15 secteurs de psychiatrie générale et 3 secteurs de psychiatrie infantile-juvénile. L'EPS Ville-Evrard est très implanté localement avec 4 sites d'hospitalisation, 66 implantations et au total 90 structures sur le département, qui accompagnent près de 30 000 patients. Les médecins, et de nombreux professionnels de santé, sont mobiles sur le département et exercent sur plusieurs structures. L'extra-hospitalier est très développé, puisque 84% des patients adultes et 95,5% des patients enfants et adolescents bénéficient uniquement de soins ambulatoires³. Le taux de lits par habitants, qui est de 0,8 lits et places pour 1000 habitants, est plus bas que la moyenne francilienne et française, ce qui traduit une véritable politique de réduction de la part de l'hospitalisation dans les soins, et une orientation forte vers l'ambulatoire⁴. Les journées en temps partiel représentent 20% des journées réalisées dans l'établissement (211 000 par an en 2015)⁵.

La communauté de l'EPS Ville-Evrard, en faisant valoir ses atouts et son droit à la dérogation, s'est vue reprocher une position défensive et conservatrice face à la réforme de santé. Au contraire, c'est en s'emparant de la question d'un projet médical psychiatrie et santé mentale et en s'attelant à sa rédaction depuis début 2016, que la communauté médicale de Ville-Evrard a montré sa capacité à proposer une alternative constructive et réformatrice. **Ce projet est l'atout de notre dérogation à faire partie d'un GHT, et l'outil pour la construction d'un projet de psychiatrie et de santé mentale pour Ville-Evrard et ses partenaires de la future Communauté Psychiatrique de Territoire du 93.**

L'esprit

Dans ses fondements, la circulaire du ministère de la santé du 15 mars 1960² affirme que :

- « l'hospitalisation (...) ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement
- la même équipe (...) devra assurer (...) la continuité indispensable entre
 - le dépistage,
 - le traitement sans hospitalisation quand il est possible,
 - les soins avec hospitalisation et, enfin,
 - la surveillance de postcure.
- Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est (...) de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu »

Aujourd'hui, pour se refonder et assurer sa pérennité, le secteur ne doit pas rester le bastion d'enjeux locaux – qui rentrent en adversité et en concurrence avec les besoins du secteur limitrophe – mais doit s'appuyer sur une « **politique médicale de secteur au niveau établissement** ». Cela implique plusieurs nécessités :

- S'approprier, au niveau médical, la **concertation et l'arbitrage** entre secteurs sur des besoins collectifs ;
- Transformer nos différences en **complémentarités**, c'est-à-dire en les articulant plutôt qu'en les laissant coexister ;
- S'appuyer sur la réappropriation par la communauté médico-soignante de la notion de **trajectoire de soin et de vie du patient et de son entourage**, principe fédérateur et cohérent ;

La délégation de l'**Union Nationale des Associations de Familles et d'Amis de Malades Psychiques** (UNAFAM) du 93, nous a accordé d'emblée son soutien en faveur du maintien de la spécificité de la psychiatrie face à l'obligation des GHT dans le département. Cette position a créé les conditions d'un partenariat fort qui s'est traduit par l'association de l'UNAFAM 93 à la construction du PMPsySM93 pour établir un dialogue dans le but d'enrichir nos pratiques. De la même façon, c'est par des consultations avec les acteurs de terrain « hors le soin » (collectivités locales, protection de l'enfance, établissements médico-sociaux...) que la rédaction du PMPsySM93-VE souhaite s'orienter vers une éthique de réciprocité.

Vers la constitution d'une Projet de Santé Mentale de Territoire

Le PMPsySM93-VE est avant tout le projet médical de l'EPS Ville-Evrard. Mais au-delà de sa dimension d'établissement, il permet de créer des convergences de réflexions et une synergie des services de psychiatrie du 93 qui a conduit à la mise en place le 24 avril 2017 d'un Collège Médical Préfiguratif de la future **Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)** pour le 93, comme le prévoit la LMSS (article 69)¹ et son décret d'application du 26 octobre 2016.

De la même façon, le PMPsySM93-VE peut permettre de **proposer une alternative innovante d'association aux établissements médico-sociaux**, qui ont obligation, dans les années qui viennent, à fusionner ou à s'adosser à de grosses structures. C'est par la solidité de sa gouvernance et la cohérence d'une offre en santé mentale, et dans l'intérêt du parcours du patient, que Ville-Evrard peut unifier sanitaire et médico-social.

Enfin, la psychiatrie de Ville Evrard a établi un dialogue avec les usagers représentés par l'UNAFAM qui se poursuit dans la participation de l'établissement au **Conseil Territorial de Santé du 93** et sa **Commission Spécialisée en Santé Mentale**, ainsi qu'au **COPIL de Psychiatrie** de l'ARS-Ile de France.

La Seine-Saint-Denis, un département spécifique

Des indicateurs sociaux, démographiques et sanitaires « au rouge »

La Seine-Saint-Denis peine à faire reconnaître sa spécificité, pourtant réelle, et ses besoins consécutifs. Pourtant, **ce département n'a aucun égal en termes sociaux, démographiques et sanitaires sur le territoire français.**

Le revenu moyen est plus bas que celui de la province et de l'Ile de France (respectivement 14 900 €, 17 800 € et 21 400 €), avec une évolution des bas revenus plus faible que sur le reste des territoires français

et francilien. Le taux de pauvreté général est certes le même qu'ailleurs, mais il touche plus les moins de 30 ans, les foyers monoparentaux et les familles nombreuses, trois catégories surreprésentées dans le département. Le taux d'allocataires est plus important qu'ailleurs, et la part des allocataires du revenu de solidarité active est plus importante que dans le reste de l'Ile-de-France (56% contre 48%). Le nombre de titulaires de la couverture médicale universelle (CMU) y est le double que dans le reste de l'Ile-de-France. Enfin, le chômage y est plus élevé qu'en Ile-de-France - 13% contre 8,8% - sachant que la Seine-Saint-Denis compte plus de jeunes peu diplômés que les autres départements⁶.

La situation du logement augmente le vécu de précarité des populations de la Seine-Saint-Denis, avec plus de 30% de logements en suroccupation (contre 19% pour l'IDF). Près de 50% des arrêtés pour insalubrité en petite couronne concernent la Seine-Saint-Denis. Ces chiffres passent à 80% lorsque l'insalubrité représente un danger imminent⁷. On sait pourtant aujourd'hui qu'il existe une corrélation entre mal-logement et santé, et que le coût sanitaire de ce mal-logement est important⁷.

Sur le plan démographique, le département se caractérise par une forte natalité (taux de 18,7‰ contre 15,5 pour l'IDF). Il y a plus de jeunes mères, de moins de 25 ans, dans ce département. L'espérance de vie y est inférieure pour les hommes (77,6 ans contre 79,1 pour l'IDF), mais il existe surtout une surmortalité infantile, des moins de 10 ans et des adolescents dans le 93 ; en l'occurrence, le suicide et les accidents sont les premières causes de décès chez les garçons adolescents en Seine-Saint-Denis. La morbidité est également plus élevée qu'ailleurs avec plus d'ALD pour motif psychiatrique chez les garçons de moins de 15 ans qu'en IDF (555 pour 100 000 contre 438), et un taux deux fois plus élevé de tuberculose (31,5 contre 16,3 pour 100 000)^{5,7}. Les populations âgées sont également touchées par cette précarité avec des taux de pauvreté, de mortalité prématurée (avant 65 ans) et de perte précoce d'autonomie, supérieurs à ceux de l'Ile-de-France⁷. Au final, l'IDH-2 (indice de développement humain pour les régions et communes) est le plus bas de toute l'Ile-de-France, et c'est également le cas pour les 3 indicateurs qui permettent de le déterminer (cf. figure 1)⁸. Sur la carte de l'Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis est le « point rouge » (surtout dans sa partie ouest) qui concentre précarité et faible développement et donc, perte de chance en termes de progression sociale et de santé (cf. figure 2)⁹.

Enfin, les projections démographiques départementales laissent envisager une augmentation de près de 200 000 habitants, la population de la Seine Saint Denis passant de 1,55 millions d'habitants à 1,8 millions d'habitants. Ces projections auront indéniablement une incidence sur la demande de soins et l'activité de l'EPS Ville-Evrard.

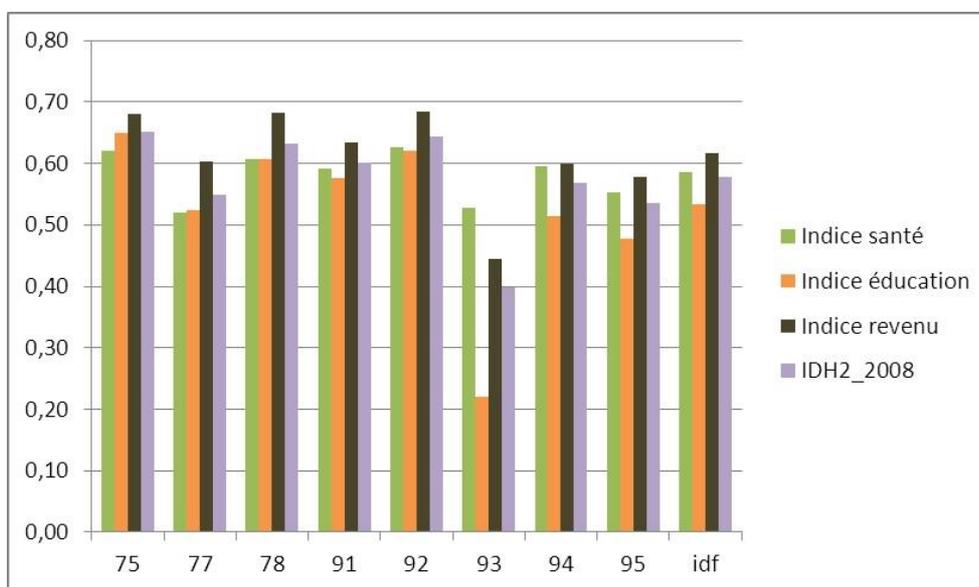


Figure 1 - les 3 indices de l'IDH2 par département⁹

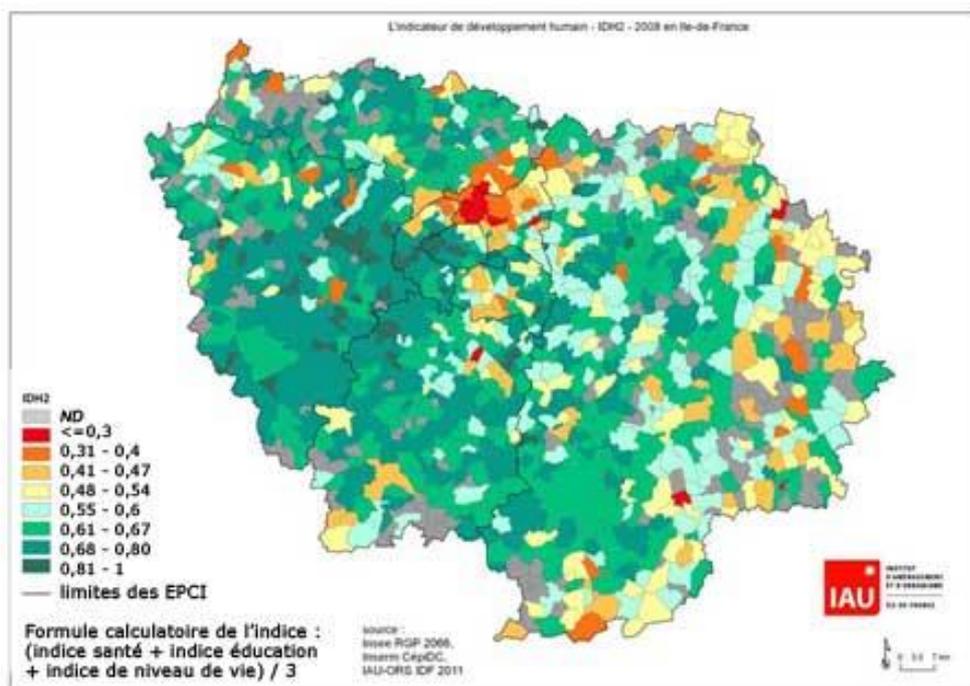


Figure 2 - IDH2 de la région Ile de France⁹

Le département du 93 est celui qui, après Paris, attire le plus de migrants. Si les proportions d'installations sont identiques entre les deux départements, le 93 accueille plus de migrants peu diplômés et originaires de pays en voie de développement⁹. Ces populations sont beaucoup plus touchées par la précarité, les difficultés d'accès aux soins, et la rupture des liens sociaux¹⁰, en faisant des populations plus exposées aux maladies mentales.

Le processus de désaffiliation sociale

Enfin, la précarité s'inscrit aussi dans un processus de **désaffiliation sociale**, au sens de Robert Castel. Si être le sujet d'une société « implique toujours de devoir occuper un état et de tenir un rang dans un réseau de contraintes qui est en même temps le seul système possible de reconnaissance, d'échange et d'assistance »¹¹, les valeurs de la société actuelle font des détenteurs d'un travail et d'une sociabilité (réalisation de soi et liens sociaux), - facteurs de reconnaissance sociale - les seuls sujets intégrés, occupant une position centrale. Du centre vers la périphérie, la désaffiliation conduit des individus, à des degrés plus ou moins élevés, à être en marge de la société. Ces mêmes individus peuvent être tentés d'aller vers de nouveaux référents sociaux, faisant office de mythes fondateurs et prescripteurs sociaux, comme on le constate dans les phénomènes actuels de radicalisation¹². Ce mouvement est aussi à l'origine de la montée de phénomènes de violence (sociale et individuelle) qui ont une répercussion sur les patients et sur leurs manifestations symptomatiques.

Diversité et créativité

Malgré ce constat, il faut reconnaître l'attachement des habitants et des professionnels qui y travaillent, à ce département. Sa richesse culturelle et cosmopolite, ses petits combats du quotidien et ses initiatives originales¹³ font sa créativité. **Au-delà de ses aspects « problématiques » en termes de politiques publiques, de l'intérêt médiatique ponctuel et souvent « dramatique » qu'il suscite, ce département doit manifester, par le biais de ses habitants et ses professionnels, sa vitalité.** C'est tout le sens porté par le PMPsySM 93-VE.

Le département est par ailleurs amené à évoluer rapidement, dans le cadre de la mise en place de la politique du Grand Paris, le développement des transports en commun laissant envisager un accroissement démographique.

Un projet résolument transversal

Plutôt que de décliner les spécificités de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie générale, de la gérontopsychiatrie, etc., ou les particularités locales de chaque secteur, l'enjeu du PMPsySM93-VE est de renforcer la continuité et la complémentarité des dispositifs de soin pour le patient et sa famille. Il s'agit donc plus **de travailler au niveau de l'établissement à la qualité des coordinations et des articulations entre les différents secteurs** et dispositifs de soins. Cela passe par plusieurs niveaux et modalités organisationnels :

- **Instances de coordination.** Des instances de coordination existent au sein de l'hôpital, certaines sont réglementaires, d'autres sont des initiatives locales. Une possibilité d'améliorer les articulations pourrait ainsi passer par :
 - o le renforcement des instances déjà existantes avec une meilleure définition de leurs missions et rôle ;
 - o ou la création de nouvelles instances (pour exemple, en 2013, la communauté médicale et la DRH de l'EPS Ville-Evrard ont mis en place une commission de l'exercice médical, qui assure la coordination et l'arbitrage concernant les effectifs médicaux et les modalités d'exercice des médecins. Elle réunit les différents chefs de pôle, le DRH, et le responsable des ressources humaines médicales).
- **Équipes ressources/liaison.** Certaines équipes ressources existent déjà sur des missions spécifiques (suivi des auteurs de violences sexuelles, patients en situation de précarité...). La valorisation d'équipes ressources existantes autour de nouvelles missions ou le développement de nouvelles équipes ressources ou de liaison pourrait améliorer les coordinations intersectorielles.
- **Projets communs.** La mise en place de projets articulant les différents services autour d'objectifs de soin communs (par exemple la psychiatrie de l'enfant et la psychiatrie adulte) peut également être une modalité d'articulation.

Cinq axes prioritaires

Devant l'enjeu, il est apparu nécessaire de prioriser au maximum 5 axes dans le PMPsySM93-VE. L'existence d'axes prioritaires n'exclut pas d'autres objectifs de santé mentale à renforcer ou développer mais ces derniers seront traités dans le cadre du CPOM mais aussi des participations à la CPT93 et à la CSSM-CTS93.

- **Axe 1 – Formation, enseignement, recherche et information médicale**
- **Axe 2 – Accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, et gradation des soins**
- **Axe 3 – Prévention, coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale, éducation thérapeutique et processus médicament**
- **Axe 4 – Articulation et transitions des soins de l'enfance à l'âge adulte : handicap psychique et mental, adolescents**
- **Axe 5 – prévention secondaire et tertiaire des pathologiques psychiatriques invalidantes et réhabilitation psychique, sociale et familiale.**

Les 5 axes du PMPsySM93-VE répondent point par point aux 4 axes du Plan Santé Mentale 2011-2015¹⁴, et aux nécessités de prise en charge globale avec amélioration du processus médicament comme attendu par la loi de santé du 26 janvier 2016.

| Plan Psychiatrie Santé Mentale | PMPsySM93-VE |
|---|--|
| Axe 1 : Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne | Axe 4 – Articulation et transition des soins de l'enfance à l'âge adulte : handicap psychique et mental, adolescents |
| Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires | Axe 2 – Accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, et gradation des soins |

| | |
|---|---|
| Axe 3 : Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal | Axe 5 – prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et réhabilitation psychique, sociale et familiale. |
| Axe 4 : Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs | Axe 1 – Formation, enseignement, recherche et information médicale |
| | Axe 3 – Prévention, coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale, éducation thérapeutique et processus médicament |

Figure 3 - concordance des axes du Plan Santé Mentale et du PMPsySM93-VE

Les travaux du groupe de coordination de la rédaction nommé par la CME du 17 février 2016 ont été présentés le 22 juin 2016 auprès de M. Devys, directeur de l'ARS-IDF, adjoint de Ms. Guinard (chargé de la psychiatrie) et Horrérard (DT 93) et le 24 juin 2016 en réunion publique dans les locaux de l'Union Départementale des Associations de Familles (UDAF). Ils résumaient les conclusions de 5 réunions du groupe de coordination de la rédaction, 22 réunions des groupes de travail des différents axes, et en effectif cumulé, plus de 50 médecins et 15 cadres de l'EPS-VE se sont mobilisés pour participer aux groupes de travail, ainsi que 5 bénévoles de la Délégation UNAFAM 93, témoignant ainsi d'une mobilisation forte.

La CME du 7 juillet 2016 a décidé la mise en place d'une sous-commission, intitulée Commission Projet Médical. Cette commission découle d'une attente de coordination de la politique médicale d'établissement. Elle a pour missions de coordonner la rédaction et le déploiement du Projet Médical d'Établissement. Des représentants des usagers et des collectivités locales en sont partie.

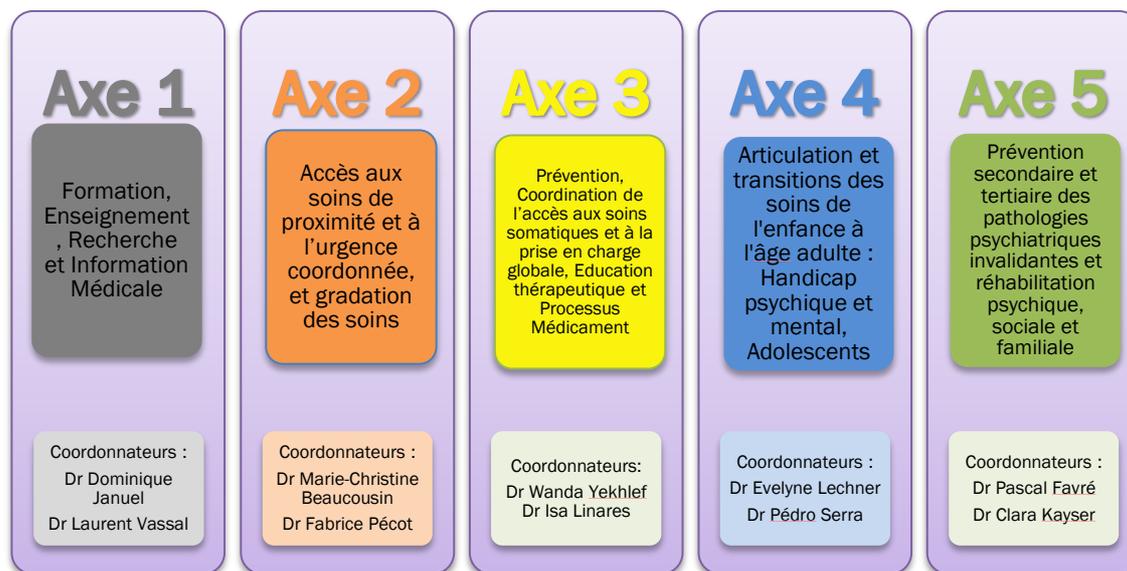


Figure 4 - Résumé des 5 axes (avec les noms des coordinateurs)

Méthodologie

La méthode s'est déroulée en deux temps.

Pour la **feuille de route**, la trame méthodologique, la même pour chaque axe, a été déclinée comme suit :
Définition claire et succincte ;

- Constat par l'identification des enjeux de santé publique, des recommandations et des besoins des usagers et des partenaires ;
- Description de l'existant et de son organisation, sous l'angle du parcours du patient ;
- Orientations stratégiques retenues;

Les groupes de travail ont ensuite réalisé des **consultations des partenaires** sanitaires, médico-sociaux, sociaux et des collectivités. Une sollicitation très large a été réalisée, rencontrant un vif intérêt des partenaires, qui pour la plupart, ont pu participer à des groupes :

- Au sein de Ville-Evrard : l'IFSI et l'IFCS, la Bibliothèque, le service de la formation permanente ;
- Le service de psychiatrie du Pr Baubet au CHU Avicenne et des représentants des services de psychiatrie des hôpitaux d'Aulnay-sous-Bois ;
- Les maisons des adolescents ;
- L'UDAF ;
- Plusieurs représentants des conseils locaux de santé mentale (CLSM) ;
- Des représentants du Conseil Départemental 93 ;
- Des représentants d'établissements médico-sociaux.

La nécessité d'une conduite opérationnelle du Projet Médical d'Établissement mené à la redéfinition du comité de coordination de chaque axe. Celui-ci se compose désormais de deux médecins, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur. Les comités de coordinations sont les suivants :

| Intitulé | Médecins | CSS | Directeur |
|--------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| Axe 1 | Drs Vassal et Januel | Mme Faillot-Lambert | M Durocher |
| Axe 2 | Drs Beaucousin et Pécot | Mme Rideau | Mme Camalet |
| Axe 3 | Drs Yekhlief et Linarès | Mme Marchet | Mme Chastagnol |
| Axe 4 | Drs Lechner et Serra | Mme Lemoine | Mme Bouasria |
| Axe 5 | Drs Favré et Kayser | Mme Wolf-Bertolino | M Mouronval |

Ces comités ont produit au maximum 5 fiches actions selon la méthode de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) :

- Item de l'orientation stratégique traité
- Objectif opérationnel
- Description de l'action
- Identification des acteurs à mobiliser et porteur de l'action
- Moyens nécessaires
- Calendrier prévisionnel/ étapes nécessaires



Axe 1 – Formation, Enseignement, Recherche et Information Médicale

Définition des enjeux

Modernisation collaborative et institutionnelle visant à :

1. Coordonner, structurer et fédérer les activités médicales, soignantes et scientifiques pour développer une politique d'établissement favorisant la recherche clinique, thérapeutique et épidémiologique ;
2. Évaluer l'évolution des problèmes de santé mentale et l'adéquation des prises en charge par le suivi d'indicateurs épidémiologiques sur l'ensemble de la Seine-Saint-Denis ;
3. Permettre l'évolution des programmes des actions de formation, et participer à la promotion des soins psychiatriques par un enseignement de qualité ;
4. Disposer de ressources documentaires et culturelles coordonnées au projet.

Quels constats ?

Depuis plusieurs années, les professionnels s'alarment de la baisse de la qualité de la formation initiale, notamment depuis la suppression du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie. La transmission intergénérationnelle souffre également du creux de la pyramide des âges chez les professionnels du soin ainsi que des baisses de numérisés des générations intermédiaires¹⁵.

Les compétences acquises dans le secteur sanitaire ne sont pas transmises au secteur médico-social, et inversement. Ce cloisonnement est d'autant plus palpable que les établissements médico-sociaux peinent à recruter des professionnels travaillant à la fois dans le sanitaire et le médico-social (médecins, orthophonistes...) du fait de la pénurie.

Force est de constater le décalage existant entre les publications scientifiques françaises et internationales. Quand pour ces dernières, plus de la moitié sont réalisées par des médecins ne disposant pas de thèse de science, mais aussi par des infirmiers et des psychologues, les publications françaises restent majoritairement issues de l'université¹⁵. C'est le rayonnement du travail des équipes de secteur françaises qui en pâtit. Enfin, l'accès à la documentation scientifique est très inégal, du fait des coûts exorbitants de la presse et de la faible maîtrise de l'anglais.

Le plan Santé Mental 2011-2015¹⁵ préconise :

- Le développement de la recherche sur l'accompagnement et le handicap psychique ;
- Le tutorat des professionnels en psychiatrie ;
- Le décroisement des savoirs entre sanitaire et médico-social.

L'UNAFAM¹⁶ propose :

- Le développement de la recherche comme facteur d'attractivité face à la pénurie de personnels ;
- Le développement de recherches qui contribueront à la mise en œuvre de prises en charge ;
- L'amélioration de la diffusion des savoirs.

États des lieux à l'EPS Ville-Evrard

Les ressources sont nombreuses avec un vrai potentiel scientifique (une unité de recherche clinique au 93G03 dès 2000, pionnière notamment dans le développement de la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) non invasive comme nouveau traitement des pathologies résistantes, et une plateforme de recherche « handicap psychique » en développement entre l'EPS et le médico-social), institutionnel (multiplicité des modalités de prise en charge), de formation (nombreuses formations construites avec les professionnels de l'EPS sur leurs domaines de savoirs, attribution du label Organisme de DPC pour les médecins et paramédicaux pour 5 ans) et une diversité de pratiques entre les différentes orientations théoriques des secteurs et de leurs unités.

Si les acteurs sont motivés, des écueils anciens ont été rencontrés : des initiatives de coordination se sont montrées infructueuses (commission Recherche Information Médicale et évaluation de la CME de 2007 à 2010), la plupart des services sont cloisonnés et mutualisent pas ou peu leurs connaissances pour élaborer des projets de recherche et recruter des patients, certains services (comme la bibliothèque) sont sous-dotés

et peuvent difficilement répondre aux enjeux. Au final, ce sont les activités scientifiques de l'EPS qui ne sont pas valorisées.

Orientation stratégique : regroupement DIREF

Le groupe propose le **regroupement** sous une entité médico-administrative dont la formule reste à déterminer (pôle, fédération, département) des équipes de recherche, du Département d'Information Médicale et de la bibliothèque. L'acronyme DIREF (Documentation, Information médicale, Recherche, Enseignement et Formation) est proposé pour ce regroupement. Un partenariat renforcé doit être établi avec la DRH pour que le service de la formation permanente participe à ce regroupement dans sa partie destinée à améliorer les pratiques (DPC et expertise particulière de Ville-Evrard). La collaboration étroite avec l'IFSI et l'IFCS est également préconisée.

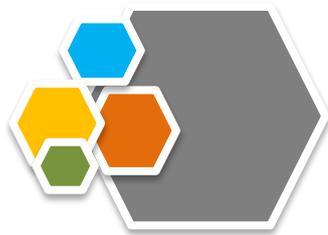
L'avantage d'un tel regroupement est de :

1. Renforcer la **visibilité et l'attractivité** de l'EPS, et permettrait également de demander une **universitarisation**.
2. Proposer une **fonction ressource méthodologique pour les recherches** engagées par les services, ainsi qu'un développement des réponses à appels à projet et des participations à des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) multisites. Des recherches thématiques diversifiées et en lien avec les particularités de notre territoire devront être développées : consommation de toxiques, précarité et désaffiliation, effets des migrations, radicalisation, handicap psychique...
3. **Simplifier les partenariats** entre l'EPS, les institutions médico-sociales partenaires (recherche, formation, documentation, information médico-économique), l'université et le service universitaire du Pr Baubet ;
4. Développer **l'activité épidémiologique du DIM** et l'associer à la recherche pour sensibiliser les équipes au codage diagnostique par le retour de statistiques de prévalence et d'indicateurs d'activité ;
5. Développer une **culture d'adéquation entre recherche, évaluation et programmes d'enseignement** de base (formation et séminaires des internes, participation aux formations psy des IFSI/IFCS) et formation ;
6. Ambitionner une **valorisation financière** par : 1) l'obtention des crédits MERRI des publications de l'EPS et des projets de recherche ; 2) une activité de formation à destination de professionnels extérieurs à l'EPS en s'appuyant sur les domaines d'expertise des professionnels de l'établissement (notamment du médico-social) ; 3) la modernisation et l'optimisation des services documentaires de la bibliothèque.

Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route

Ce projet, après réflexion sur l'éventualité de la création d'un pôle spécifique évoqué à plusieurs reprises par le Directoire, a conduit à la proposition de la création d'un Centre de Recherche Ville-Evrard (CR-VE) dont l'action doit s'étendre dans une participation à l'activité d'évaluation et de formation de l'établissement. Après un rattachement à la DRH, il a été envisagé à terme l'adossement du centre de document au service de la formation permanente pour permettre d'améliorer sa visibilité et les passages, l'usage du fonds bibliographique et l'adéquation des présentations d'ouvrages en rapport avec les formations menées.

L'EPS Ville-Evrard a obtenu des crédits recherche non pérennes au titre de 2017 et a mis en place, conjointement entre la DG et l'URC (amenée à devenir CR-VE), une modalité d'appel à projets et un jury.



Fiches actions Axe 1

Fiche 1-1 CENTRE DE RECHERCHE

Référents

- URC et DG

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Le projet général de l'Axe 1 est :

1. Le développement d'une culture et de projets de recherche clinique au sein de l'EPS Ville-Evrard et
2. La convergence des ressources de recherche clinique, épidémiologiques, évaluatives, d'enseignement, de formation et de documentation auprès d'une entité forte au sein de l'EPS Ville-Evrard.

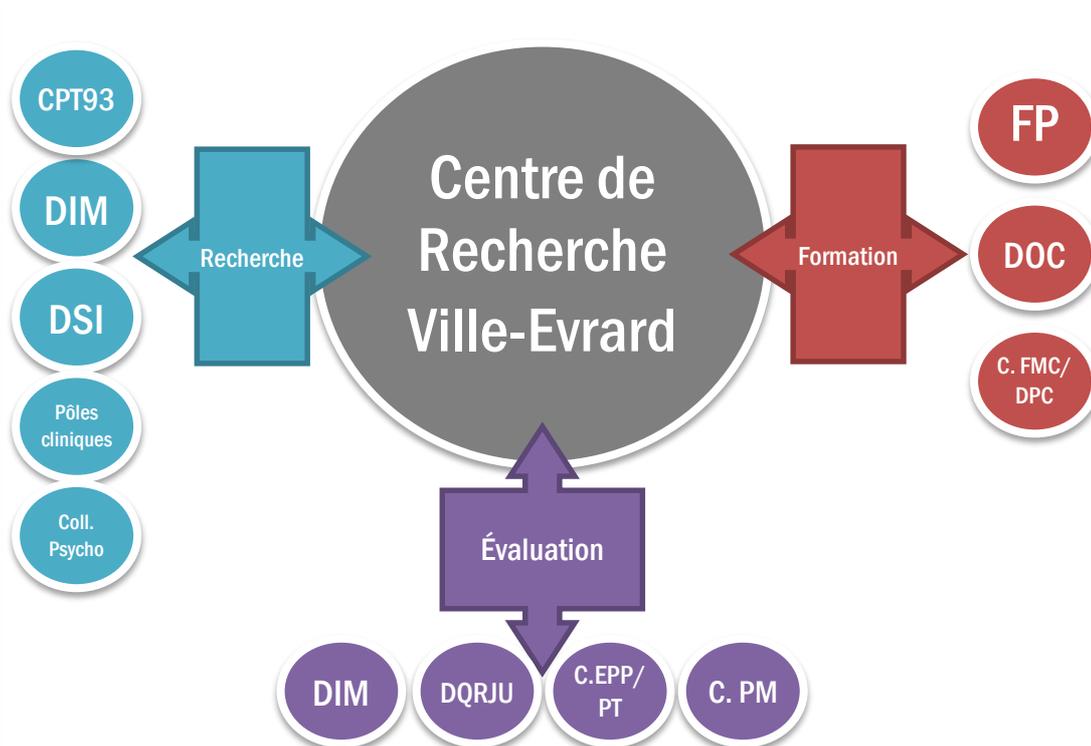
Ce projet, après réflexion sur l'éventualité de la création d'un pôle spécifique, a conduit à la proposition de la création d'un Centre de Recherche Ville-Evrard (CR-VE) dont l'action doit s'étendre dans une participation à l'activité d'évaluation et de formation de l'établissement

Objectif opérationnel

1. Promouvoir la recherche au sein de l'EPS Ville-Evrard en facilitant et coordonnant la mise en œuvre de la politique de recherche clinique et épidémiologique de l'EPS Ville-Evrard
2. Associer à la dynamique de recherche les dimensions d'évaluation et de formation
3. Créer une dynamique similaire au sein de la CPT93
4. Valoriser l'EPS sur le plan régional, national et international

Descriptif de l'action

1. Recherche
 - a. Mise en place d'une politique de recensement des besoins humains et matériels, et de recherche et de diffusion des appels d'offres
 - b. Faire connaître l'activité du centre au sein de l'EPS
 - c. Accompagnement méthodologique des projets de recherche de l'EPS en jouant un rôle formateur et de conseil dans la conception et la mise en forme des projets (faisabilité), et des projets collaboratifs avec d'autres acteurs (CPT93, autres établissements et sociétés savantes)
2. Évaluation
 - a. Participation à la pertinence et au suivi des indicateurs d'activité
 - b. Participation à la mise en œuvre d'une dimension épidémiologique du DIM au sein de Ville-Evrard et de la CPT93
 - c. Participation à l'orientation médicale de la démarche de certification (EPP, PT)
3. Formation
 - a. Participation à l'adéquation des programmes de DPC au regard des rendus de l'évaluation et de la recherche
 - b. Participation à la dynamique de diffusion, d'accessibilité et d'adéquation à la formation du centre de documentation



Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- URC et DG

Acteurs

- Direction Générale, Direction des Soins, DQRJU, Direction des Affaires Financières, communication
- URC
- Pôles cliniques
- CME, Commission Projet Médical, Commission EPP-Patient Traceur, Commission DPC
- DIM
- Formation permanente et centre de documentation
- Collège des psychologues
- Groupes d'appui recherche et évaluation CPT93

Moyens nécessaires

Budget reçu en 2017

Recherche de financements extérieurs

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Décembre 2017

Fiche 1-2 DEVELOPPER ET FORMER A LA CULTURE DE LA RECHERCHE CLINIQUE

Référents

- URC, FP

Orientation stratégique définie par la feuille de route

1. Assurer la formation des équipes médicales, psychologiques et paramédicales à la méthodologie de la recherche clinique
- 2.

Objectif opérationnel

1. Faciliter et développer la mise en place et la réalisation d'un projet de recherche au sein de l'EPS Ville Evrard par pôle ou multi-pôles, en respectant les règles déontologiques
2. Sensibiliser les équipes paramédicales à la recherche clinique et à la participation aux PHRIP et PHRC
3. Aider les équipes à la mise en place d'un projet de recherche

Descriptif de l'action

1. Formation de 3 jours par l'URC, axée sur un projet de recherche porté par l'équipe en demande : Découverte des différentes étapes de la mise en place d'un projet de recherche, s'appuyant sur des exemples pratiques ; Aspects juridiques et assurance ; Bibliographie ; Design du protocole ; Méthodes statistiques ; Rédaction du projet ; Envoi CPP /ANSM
2. Accompagner et aider à la mise en place de projets de recherche médicaux et paramédicaux
3. Valorisation et diffusion des travaux menés par les médecins et par les paramédicaux (mémoires, articles) ;
4. Informer des missions de l'IDE de recherche et de l'IDE de pratique avancée

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteur

- Centre de recherche Ville-Evrard (CR-VE)

Acteurs

- Chefs de pôle et cadres supérieurs dont les équipes participent à la recherche
- Pilotes de projets de recherche clinique ou paramédicaux au sein d'une coordination recherche mise en place par le CR-VE
- Direction des Soins
- Collège des psychologues
- Formation permanente
- Centre de documentation
- Direction de la Communication
- Membres de la CPT93

Moyens nécessaires

- Participation à la coordination recherche dont le rythme reste à déterminer
- Temps dédié recherche pour médecins et paramédicaux participants, FIR pour les psychologues

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

- Premier trimestre 2018
- Participation une fois par an à un PHRC ou PHRIP

Fiche 1-3 PUBLICATION SCIENTIFIQUE

Référents

- URC

Orientation stratégique définie par la feuille de route

1. Renforcer la visibilité de l'EPS Ville-Evrard et valoriser son activité scientifique
2. Obtenir des crédits MERRI

Objectif opérationnel

Augmenter le nombre d'articles publiés par les équipes de l'EPS Ville-Evrard et les valoriser

Descriptif de l'action

1. Formation et soutien des professionnels à la rédaction et publication d'articles en français et en anglais dans des revues répertoriées avec impact factor et indexées par MEDLINE
2. Formations spécifiques en fonction du type d'article et des recommandations internationales et aux réponses et critiques des correcteurs
3. Recensement des impacts factors par le centre de documentation de VE pour aide au choix du journal en fonction de la thématique

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Centre de recherche Ville-Evrard

Acteurs

- Professionnels engagés dans la recherche
- Professionnels souhaitant publier en dehors d'un projet de recherche
- Centre de documentation
- Formation permanente

Moyens nécessaires

1. Formations spécifiques d'une journée associant : statisticien, ingénieur recherche, médecin et psychologue
2. Embauche d'un rédacteur d'articles professeur d'anglais

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Premier trimestre 2018

Fiche 1-4 DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE L'EVALUATION

Référents

- URC, DIM

Orientation stratégique définie par la feuille de route

1. Développer une culture d'adéquation entre recherche et évaluation
2. Donner une dimension épidémiologique au DIM

Objectif opérationnel

1. Chaque axe a identifié pour ses fiches actions une série d'indicateurs qu'il est nécessaire de rationaliser, de rendre pertinents et mesurables en vue d'assurer leur suivi suite à la mise en place des objectifs opérationnels de chaque fiche action. Il s'agit également de mettre en place un relevé des indicateurs qui sera adressé aux porteurs et au PCME à une fréquence qui reste à déterminer en fonction des indicateurs.
2. Par l'intermédiaire du déploiement du logiciel de DPI CORTEXTE, il s'agit d'extraire et d'interpréter des données statistiques sur la base d'une commande médicale afin d'obtenir des informations épidémiologiques et d'activité alimentant la politique médicale de l'EPS.

Descriptif de l'action

4. Recenser les indicateurs de chaque axe du projet médical et évaluer leur pertinence, avant d'identifier leur origine d'extraction et de les hiérarchiser
5. Mise en place d'un tableau de bord des indicateurs
6. Mise en place de requêtes statistiques sur CORTEXTE et d'un tableau de bord d'activité
7. Mise en place de projets épidémiologiques avec mesure de l'activité

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Centre de Recherche Ville-Evrard (CR-VE)

Acteurs

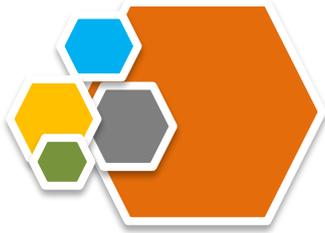
- DIM
- Commission Projet Médical (CPM) et coordinateurs des 5 axes du projet médical
- CME
- Commission EPP/PT
- Service informatique
- CPT93

Moyens nécessaires

Mise en place d'une coordination entre DIM, CR-VE, PCME/CPM, C.EPP/PT, DSIH

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Deuxième trimestre 2018



Axe 2 – Accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, gradation des soins

Définition des enjeux

1. Améliorer et renforcer l'accès précoce et facilité à des soins de proximité – de premier recours comme de suivi – pour le patient et sa famille ;
2. Coordonner et articuler les dispositifs d'accueil et d'urgence ;
3. Renforcer la réflexion sur la place de l'hospitalisation, son déroulement et ses alternatives, dès le début de la prise en charge et à chaque moment, en prévenant la réhospitalisation.

Quels constats ?

Malgré le déploiement d'un maillage territorial important depuis la mise en place de la politique de secteur, le rôle de premier recours des soins au niveau des CMP est entravé par des délais d'attente très longs, particulièrement en pédopsychiatrie. D'une manière générale, l'entourage (famille, bailleurs, travailleurs sociaux) est démun¹⁷ devant le refus de soins des patients et les modalités limitées pour les accompagner dans les soins^{15,18}. En parallèle, le recours aux services d'urgences est plus fréquent et peu adapté¹⁹. Un certain nombre de patients sont récurrents, et à eux seuls concernent 20% des passages²¹. Ce sont le plus souvent des patients souffrant de schizophrénie, de troubles de la personnalité, et pour près de 40% d'entre eux, désocialisés²⁰. Entre 33 et 50% d'entre eux sont systématiquement hospitalisés après leurs passages²¹.

Peu d'études ont été réalisées sur les critères qui motivent l'hospitalisation pour les psychiatres, mais ils sont largement contextuels²⁰. Les alternatives restent parfois difficiles à construire, mais l'hospitalisation n'apporte pas toujours un bénéfice en termes de maintien à long terme : ainsi, 50% des rendez-vous qui suivent l'hospitalisation ne sont pas honorés^{15,21,22} et 50% des SDF passés par l'hospitalisation sont en rupture de soin²⁰. Cependant, il a pu être montré que l'intervention de crise dans le milieu, ainsi que le soutien à l'entourage amélioreraient l'adhésion aux soins et diminueraient les réhospitalisations^{23,23,24}. Cet accompagnement de la famille est fondamental pour l'alliance car il a été relevé que le caractère « violent et brutal » du recours à l'urgence a une répercussion traumatique sur le vécu des soins par les familles, conduisant à de la défiance¹⁹. Il est par ailleurs étonnant de remarquer qu'en parallèle, aux urgences, les violences aux personnels de santé sont importantes²⁵.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015¹⁵ prévoyait d'améliorer le repérage, la rapidité de contact, l'anticipation des situations critiques, et la lisibilité des accueils-urgences.

De son côté, l'UNAFAM¹⁷ suggère :

- Pour les situations de crise : des réponses ambulatoires connues, repérables et réactives, des dispositifs de crise, avec une organisation et une structuration par territoire ;
- Pour l'accès aux soins : une optimisation de l'accès au CMP, des alternatives à l'hospitalisation, et une meilleure organisation de la sortie d'hospitalisation.

État des lieux à l'EPS Ville-Evrard

L'EPS de Ville-Evrard a vigoureusement mis en place la politique de secteur avec un déploiement fort des structures ambulatoires, prenant le pas sur la part de l'hospitalisation (cf. p 5). La fin de la période asilaire a abouti par la construction de structures d'hospitalisation réimplantées à proximité des lieux de vie des patients : Saint-Denis (93G01, 03 et 04), Aubervilliers (93G02 et 06, et I02, et à venir G05 et 13), Bondy (93G11 et 14), et future localisation à Montreuil pour le secteur 93I03.

Hospitalisation Temps Plein : la relocalisation et ses effets

Le vécu est contrasté, avec notamment une perception d'éloignement des services entre eux, favorisant un sentiment d'insécurité. Par ailleurs, il faut rappeler que si les secteurs se sont déplacés, la déconcentration n'est pas une réalité pour les services administratifs, les services logistiques et le service des spécialités qui restent sur le site historique. Malgré cela, les équipes sentent que la barrière symbolique qui sépareit l'intra- de l'extrahospitalier se dissout progressivement. Les familles témoignent également de

leur satisfaction liée à la fin de la stigmatisation produite par la période asilaire de la concentration de l'hospitalisation à Ville-Evrard.

Concernant les sites des UHTP, leur dimension est variable, allant d'un à 6 secteurs, et leur implantation pas toujours logique. Cela tient en grande partie à la difficulté de concilier les enjeux des politiques locales avec les besoins de soins. Des compromis ont donc été réalisés au détriment de la logique des transports en commun franciliens. Enfin, les négociations politiques et budgétaires ont étalé la période de relocalisation sur près de 20 ans, freinant l'enthousiasme au profit des doutes. Ces derniers sont fortement liés aux difficultés rencontrées par l'UHTP de Saint-Denis.

Enfin, des problématiques récentes attachent le bilan : tensions capacitaires croissantes, phénomènes de violence. La carence de lits pour les adolescents est également soulignée.

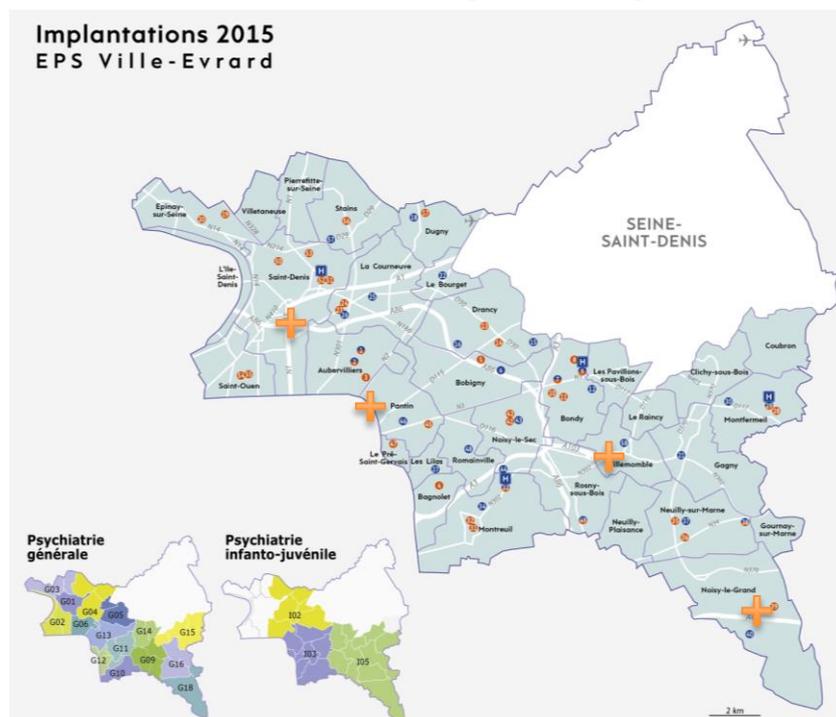


Figure 5 - Implantations de l'EPS Ville-Evrard (bleues = enfants, rouges = adultes, croix= UHTP). Crédits cartographiques © EPS VE 2015

Centres Médico-Psychologiques : maillage riche mais embolisé

Les centres médico-psychologiques, que ce soit en psychiatrie de l'adulte comme de l'enfant, sont devenus des piliers de l'offre de soin dans le secteur. Ils sont cependant soumis à une saturation croissante de leurs capacités de soins et un allongement de la liste d'attente, particulièrement en pédopsychiatrie. Premièrement, la démographie du département est en croissance constante, particulièrement chez les moins de 20 ans, et les conditions sociales se détériorent, retentissant sur les maladies mentales. Deuxièmement, la démographie médicale diminuant, l'existence de petits centres de proximité (en psychiatrie infanto-juvénile) est compromise. Enfin, troisièmement, les carences en termes de solutions sociales et médico-sociales d'aval conduisent à des suivis longs, marqués par la dépendance, conduisant à l'embolisation des CMP.

Malgré de forts liens et réseaux locaux, le développement de partenariats reste inégal et touché par les cloisonnements interprofessionnels (entre psychiatrie et médecins généralistes, collectivités, travailleurs sociaux, secteur médico-social, associations d'utilisateurs).

Enfin, l'essence proactive du secteur, à vocation de prévention (accueil précoce) et de traitement dans le milieu (domicile), existe sur certains secteurs mais peine encore à se développer suffisamment comme de véritables offres de soin.

Urgence, Accueil, Crise : dispositifs multiples et peu lisibles

Derrière l'appellation CAC (Centre d'Accueil et de Crise) qui traduit une culture psychiatrique commune, se regroupent néanmoins des structures très différentes dont le fonctionnement est lié à des spécificités historiques et locales. On recense ainsi :

- Les centres assurés par le G06 (Aubervilliers) et le G09 (Neuilly-sur-Marne): CAC 7j/7, 24h/24, plurisectoriels, avec lits et admissions en urgence.
- Le centre du G01 (Saint-Denis) : CAC 7j/7, 24h/24, plurisectoriel, avec lits (dont deux pour des adolescents), pas d'admissions en urgence sans gardien de nuit.
- Le centre du G11 : CAUP (Centre d'Accueil et d'Urgence Psychiatrique) 5j/7, 8h/24, plurisectoriel, sans lit, recevant des urgences psychiatriques en marge du CH de Montreuil.
- Enfin l'équipe du G14 : EMAUC (Équipe mobile d'Accueil de l'Urgence et de la Crise), 7 j/7, 12h/24, (relais la nuit par psychiatre de permanence), mono-sectorielle, sans lit.

En parallèle, et plus ou moins liés aux CAC, se trouvent les services d'accueil urgence des CH généraux où exercent les psychiatres des secteurs, soit dans le cadre de l'activité de liaison, soit de la garde :

- SAU du CH Delafontaine (assuré par G01, G03, G04) ;
- SAU du CHU Jean Verdier et UMJ départementales (G14, G11) ;
- SAU du CHI André Grégoire (G10, G11)
- SAU du CHI de Montfermeil (G15)

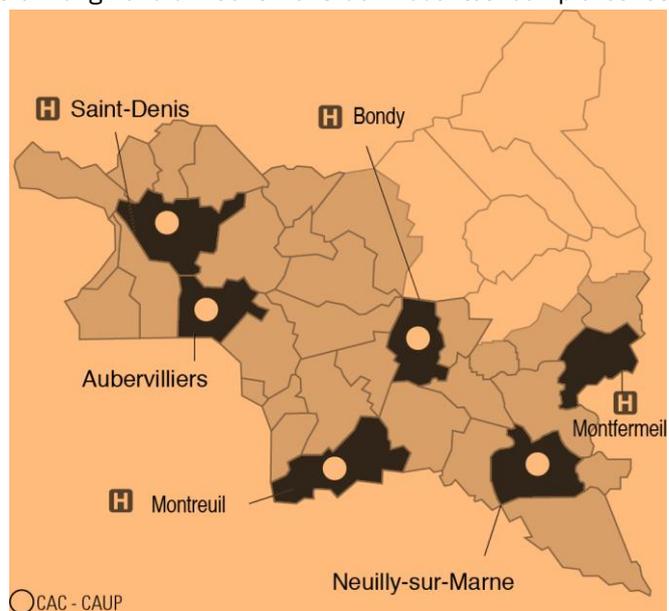
À noter :

1. Que deux autres SAU existent dans le département : Robert Ballanger (assuré par les secteurs locaux), Avicenne (assuré par le service de psychiatrie universitaire) ;
2. Qu'une présence aux urgences pédiatriques des CH André Grégoire (I03) et Jean Verdier (I05) est courante en journée dans le cadre de l'activité de liaison.

Si ces dispositifs proposent une variété importante de prises en charge, il faut constater d'une part que les offres sont différentes selon les secteurs, et que d'autre part il n'existe pas de politique globale d'établissement et départementale, ce qui est à l'origine d'un sentiment de modalités complexes et disparates. Dès lors, la lisibilité est insatisfaisante pour les usagers, la tutelle et les partenaires du soin et de l'action sociale.

Par ailleurs, les familles, en détresse face à des patients dans le déni ou le refus des soins, sont de plus en plus demandeuses d'interventions à domicile. Elles trouvent selon les secteurs des réponses très inégales.

Figure 6 - SAU et CAC assurés par l'EPS Ville-Evrard. Crédits cartographiques © EPS VE 2015



Orientations stratégiques

Un bilan pour l'hospitalisation temps plein

Le groupe préconise qu'un **bilan concerté soit réalisé sur les UHTP relocalisées**, 20 ans après l'implantation de la première à Saint-Denis. Ce bilan doit être humain, organisationnel et architectural et conduire à une rénovation de ces structures afin d'améliorer leur vocation de proximité et de solutionner leurs dysfonctionnements.

Face aux phénomènes de violence, il est souhaitable que soit **réactivé l'Observatoire de la Violence**, actif de 2001 à 2009, pour conduire une réflexion et une analyse des phénomènes de violence dans l'objectif de mieux les appréhender. Des formations spécifiques sur la prévention de la violence et la gestion de ces phénomènes seront proposées dans le cadre d'une collaboration entre l'Observatoire et le service de la Formation Permanente.

Les besoins en lits d'hospitalisation pour adolescents restent une question en suspens qui doit être débattue au sein de la communauté médicale.

Enfin, il serait souhaitable et urgent **que la création de lits spécifiques de type USIP**, inscrite au Projet Médical 2013-2017 de l'EPS Ville-Evrard, soit effective pour accueillir les malades difficiles (à vocation départementale voire régionale) au sein de l'EPS Ville-Evrard.

Renforcer la vocation primaire des CMP

Un bilan doit être mené pour conduire à des pistes d'amélioration renforçant le caractère central des CMP dans le dispositif de secteur. Les dimensions cruciales sont :

- **L'accès primaire aux soins et l'accueil sans délai**, voire de la famille sans le patient pour favoriser l'accès du patient (non connu ou déjà suivi mais en rupture);
- **La gestion de la liste d'attente**, particulièrement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Organiser et coordonner l'Urgence, Accueil, Crise

La lisibilité et l'efficacité des dispositifs d'accueil/crise/urgence doit donc être coordonnée au niveau de l'établissement pour :

- **Structurer le maillage des dispositifs** d'accueil, urgence, crise, notamment pour les secteurs qui n'en disposent pas (G05, G12, G13) ;
- Assurer une **redéfinition plus consensuelle** du travail d'Accueil, de Crise ;
- Une meilleure **articulation et définition des niveaux** et des rôles propres de ces derniers dans les dispositifs d'Urgence. ;
- Améliorer la **lisibilité des dispositifs d'accueil urgence auprès du public** et des partenaires type SAMU par l'intermédiaire d'une page internet Urgence et Crise sur le portail de l'EPS ;
- Penser la place particulière des **interventions à domicile** en articulation avec les dispositifs d'urgence ;
- **Réactualiser les conventions** liant l'EPS et les CHG disposant d'un SAU ;
- Redéfinir les dispositifs et la place **des enfants et des adolescents** dans l'urgence, face notamment au manque de lits d'accueil ;
- Mener une réflexion conjointe, clinique, éthique et pragmatique, afin d'instaurer dans la durée des règles de partenariat claires et homogènes à l'échelle du département avec **les services mobiles d'urgence** (Pompiers, Police, SAMU, UMPL...) ;
- Statuer sur l'opportunité d'une réorganisation des services d'urgence/accueil/crise sous la forme **d'un ou plusieurs CAP 72h** (Centre d'accueil Psychiatrique : du genre du CPOA parisien) permettant une admission centralisée au sein de l'établissement et une orientation seconde, préparée et organisée, vers l'UH du secteur.

L'instance la plus à même de mener ce travail est la Commission d'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) dont les missions doivent être redéfinies.

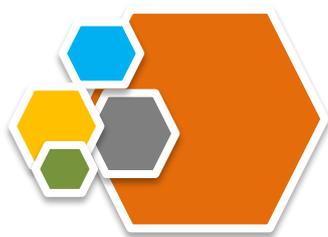
Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route

Les travaux de l'Axe 2 se sont montrés très denses et ont menés sur près de 15 réunions depuis la mise en œuvre de la feuille de route, à travers plusieurs dimensions :

1. Réflexion sur les urgences :
 - a. Organisation des urgences adultes :
 - Visite du CPOA (Drs Beaucousin et Pécot, Mme Rideau) (février 2017)
 - Réunions avec l'ARS DD93 (avril et juin 2017)
 - Regroupement de la fédération des urgences psychiatriques du 93 sous l'égide de la commission Urgences & Proximité de la CPT93 (septembre 2017)
 - Rationalisation de la liste de gardes des internes pour renforcer l'attractivité et réorganisation de la permanence médicale des CAC de St Denis et Aubervilliers (octobre 2017)
 - b. Organisation des urgences pédopsychiatriques :
 - 3 réunions avec tous les chefs de pôle de PIJ du 93, les coordinateurs de l'axe 2 et de l'axe 4, depuis mai 2017,

- Réflexion placée depuis sous l'égide de la CPT93 et de sa commission Pédopsy93 (décembre 2017)
2. Accès aux soins de proximité et rôle central des CMP
 - a. Rencontres des Responsables médicaux et cadres de santé des CMP adultes autour de la rédaction et de la validation de la Charte des CMP (octobre 2017)
 - b. Élaboration d'un questionnaire sur les CMP (novembre 2017)
 - c. Travail sur les interventions à domicile (IAD) (novembre 2017)

 3. Gradation des soins
 - a. Élaboration du projet d'UPID puis validation en directoire, avant présentation au collège médical de la CPT93 (mai – novembre 2017)
 - b. Réflexion sur les tensions capacitaires mise en place par le Président de la CME, associant le DIM, l'URC-VE, des chefs de pôle, la Commission Consultative Cadres Médecins, et la Commission de l'Exercice Médical (novembre 2017)
 - c. Réflexion sur le redimensionnement des secteurs de psychiatrie générale du département, sous l'égide de la CPT93 (décembre 2017)



Fiches Action Axe 2

Fiche 2-1 CHARTE DES CMP

Référents

- Drs Beaucousin, Gastal, Pécot et Mme Rideau, M. Amato

Orientation stratégique définie par la feuille de route

1. Améliorer la lisibilité et le fonctionnement des CMP
2. diminution des délais d'attente pour un premier RDV au CMP
3. Proposer un accès direct en urgence des patients et/ou de leur famille, préférentiellement à l'orientation vers les Services d'Accueil Urgences (SAU)

Objectif opérationnel

Mise en place d'une charte commune des CMP (spécifique pour les CMP de PG et les CMP de PIJ) au sein de l'EPS Ville-Evrard. Cette charte sera proposée à la commission « urgences et proximité » de la CPT93. La charte des CMP de PIJ sera traitée par la commission Pédopsy93 de la CPT93.

Descriptif de l'action

Réunion des RSI et cadres de CMP pour rédaction, validation et mise en œuvre de la charte autour des points suivants :

1. Facilité d'accès, lisibilité
2. Souci de permanence de l'offre de soin du secteur
3. Délai d'entretien d'accueil raisonnable (définition et modalités à détailler)
4. Fonction d'accueil, d'évaluation, de diagnostic, projet de soins individualisé (à définir)
5. Possibilité de participation à l'organisation de parcours des urgences
6. Accueil des familles et aidants sans le patient
7. Visites à domicile des patients connus/ inconnus : évaluation des moyens et des pratiques
8. Référents spécifiques (CUMP, gérontopsychiatrie, Continuum Ados jeunes adultes)

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Coordinateurs de l'Axe 2

Acteurs

- RSI et cadres des CMP
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé
- CPT93

Moyens nécessaires

Paramétrage CORTEXTE

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Phase 1 : rédaction, validation (dernier trimestre 2017)

Phase 2 : mise en œuvre (premier semestre 2018)

Fiche 2-2 **PERMANENCE DES SOINS, REORGANISATION DES GARDES ET URGENCES**

Référents

- Drs Beaucousin et Pécot, Mme Rideau et M. Amato

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Décrire et évaluer les dispositifs actuels de prise en charge des urgences de psychiatrie pour évoluer vers un dispositif efficient et compréhensible de tous les acteurs.

Objectif opérationnel

1. Définir la place respective des SAU, des CAC, de la VAD, du SAMU et du SUR dans le dispositif d'urgences psychiatriques
2. Améliorer la lisibilité de cette articulation
3. Mener une réflexion et une évaluation des dispositifs actuels et d'un dispositif intégré type CPOA

Descriptif de l'action

1. Mieux coordonner les acteurs
2. Favoriser une rapide orientation et sécuriser les transferts sur les Unités de Soins
3. Poser les bases d'une collaboration et d'une information partagée
4. Favoriser les alternatives à l'hospitalisation
5. Évaluation médico-économique du dispositif actuel de SAU-CAC en terme de besoins, de fonctionnement et d'efficacité au regard des enjeux de lignes de permanence de soins, de démographie médicale et de formation des internes, afin de proposer une réorganisation fonctionnelle et plus économique sur le plan humain et financier, dont l'objectif est l'accueil urgent psychiatrique, type CPOA.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- COPS

Acteurs

- DG, DAFSI
- DIM
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé disposant de CAC et SAU
- SAMU, Police, Pompiers
- Médecins généralistes
- Commission Urgences et Proximité de la CPT93
- ARS-IF et DD93

Moyens nécessaires

1. Lettre de mission du P-CME à la COPS
2. Données des SIH et DIM sur ressources humaines, activité et organisation
3. Fiche de structure

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2 années à compter du premier semestre 2018

Fiche 2-3 CREATION D'UNE U.P.I.D.

Référents

- Dr Laurent Vassal, Mme K. Bouasria

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Bilan des UHTP avec création d'une Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale (UPID), projet déjà inscrit au projet médical 2013-2017.

Objectif opérationnel

1. Assurer la prise en charge des patients dits agités, dont les soins sont provisoirement contre-indiqués dans les unités d'hospitalisation des secteurs mais qui ne relèvent pas pour autant d'une Unité pour Malades Difficiles (UMD)
2. Il s'agit d'une unité spécifique non intégrée aux secteurs psychiatriques et ayant une vocation départementale et intersectorielle.
3. L'objectif est de limiter les séjours en Chambre de soins intensifs et d'accueillir les détenus sous le régime D398, pour permettre des soins dans un cadre contenant et limiter les séjours dans le temps, pour des patients en situation de crise sans rupture avec le secteur.

Descriptif de l'action

1. Déterminer les besoins par un parangonnage et une étude ciblée sur l'EPS Ville-Evrard et les membres de la CPT93 ;
2. Définir les indications et le projet médical de l'unité
3. Définir le fonctionnement, le projet architectural et le budget en investissement et en fonctionnement.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Dr Laurent Vassal, PCME (désignera le pôle de rattachement)

Acteurs

- DG, DSI, DAFSI, DPT
- CME, CTE, CHSCT
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé de la CPT93
- CPT93
- ARS-IF et DD93

Moyens nécessaires

Un argumentaire complet sur le projet et le nombre de lits envisagés sera élaboré pour envisager le recrutement de l'équipe et la construction de la structure.

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

À compter de la construction de la structure

Fiche 2-3 bis **COORDINATION DES ACCUEILS URGENCE ET ORIENTATION**

Référents

- Drs Beaucousin et Pécot, Mme Rideau et M. Amato

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Améliorer la collaboration avec les SAU et l'accessibilité aux urgences psychiatriques

Objectif opérationnel

1. Amélioration des prises en charge des patients se présentant au S.A.U. pour une urgence psychiatrique et des conditions de travail pour les équipes.
2. Mise en place d'une ligne téléphonique accueil/orientation 24H/24

Descriptif de l'action

1. Amélioration des conditions d'accueil des patients et de travail des médecins de garde
2. Participation à la formation des IDE d'Accueil et d'Orientation.
3. Amélioration du partenariat avec les Médecins Urgentistes et les équipes paramédicales pour la prise en charge somatique
4. Favoriser une rapide orientation et sécuriser les transferts sur les Unités de Soins
5. Favoriser l'accueil des adolescents par le soutien des équipes de pédopsychiatrie aux médecins de garde (Vadémécum thérapeutique, protocoles, relais pédopsy de liaison à J1)
6. Installation d'une ligne téléphonique d'accueil et d'orientation 24h/24 sur l'EPS Ville-Evrard

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- COPS

Acteurs

- DG, DSI
- CME, CSIRMT
- Chefs de pôle, cadres supérieurs de santé, responsables des urgences-liaison psychiatriques et cadres de proximité
- Chefs de pôle et responsables de liaison en pédopsychiatrie
- CPT93 et sa commission Urgences et Proximité
- GHT93 Est et Ouest
- Chefs de pôles, chefs de service et cadres des SAU
- ARS DD 93

Moyens nécessaires

- Déterminer le cout d'une ligne 24H/24 et le profil de poste avec déploiement progressif
- Finalisation des conventions avec les GHT93 pour modalités d'accueil des patients et locaux dédiés à l'activité de psychiatrie aux SAU, participation des psychiatres aux réunions des SAU et aux RMM

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2 ans à compter du 1^{er} semestre 2018

Fiche 2-4 MISE EN PLACE D'INDICATEURS PERTINENTS POUR LE SUIVI DES ACTIONS DE L'AXE 2

Référents

- COPS

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Suivi d'indicateurs en relation avec la qualité de la prise en charge ambulatoire

Objectif opérationnel

Disposer de données régulières et automatiques sur l'activité en CMP à propos

1. des délais d'attente ;
2. des patients dits « perdus de vue » (lien entre UHTP et CMP et entre urgences et CMP) ;
3. des VAD pour personnes connues et pour personnes non connues ;
4. des demandes exprimées par des tiers

Descriptif de l'action

Sur le plan chiffré :

1. De la demande pour un premier rdv jusqu'au premier rdv médical ou psychologique honoré, suivre :
 - a. le délai du premier rdv de pré-accueil proposé et du premier rdv de pré-accueil honoré (premier contact) : taux rdv dans un délai inférieur à 15 jours/total rdv proposés.
 - b. le délai du premier rdv avec un médecin ou psychologue proposé ainsi que du premier rdv honoré : taux de rdv dans un délai inférieur à 2 mois.
2. Patients perdus de vue
 - a. Nb de patients n'ayant aucun soin ambulatoire dans les 3 mois suivant leur sortie d'hospitalisation : nombre ou passage aux urgences (et taux /FA d'hospitalisation ou des urgences psy dans la période)
 - b. Nb de patients hospitalisés n'ayant eu aucun soin ambulatoire dans les 3 mois précédant leur réhospitalisation ou passage aux urgences (et taux /FA d'hospitalisation ou des urgences psy dans la période)
3. VAD
 - a. Nb (et taux sur total des actes type entretien) de VAD partant de l'ambulatoire par secteur et nb de patients concernés (VAD crise et suivi, patients connus et non connus)
 - b. Nb de premier soin VAD (VAD pour patients non connus ; ceci est également un indicateur indirect pour les demandes portées par des tiers)
 - c. Nb de VAD (et de patients concernés) effectuées dans les 3 mois précédant une hospitalisation ou un passage aux urgences (sous ensemble de l'item 2b)

Sur le plan qualitatif : État des lieux par entretien et par focus groupe avec des responsables de CMP ou de pôle (psy/cadres ?) sur les pratiques (confer monographies d'un document ANAP)

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- DIM, COPS

Acteurs

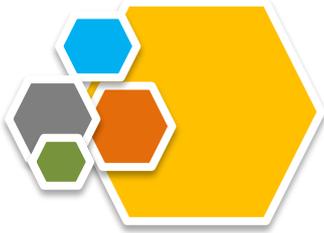
- DG, DAFSI, P-CME, CME, Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé
- AMA des pôles, Département sociologie et santé mentale, CPT93

Moyens nécessaires

- Paramétrage de CORTEXTE (notamment délai entre entretien d'évaluation de la demande et 1^e consultation)
- Production de tableaux de bord en routine
- État des lieux des pratiques existantes : 1 ETP du département sociologie santé mentale mobilisé durant 1 mois

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires :

1^{er} trimestre 2018



Axe 3 – Prévention, Coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale, éducation thérapeutique et Processus Médicament

Définition des enjeux

1. Améliorer la qualité de la prise en charge somatique et psychiatrique dans les domaines du soin, de la prévention et de l'éducation à la santé, en mobilisant l'ensemble des acteurs, intervenant du fait de leurs compétences diversifiées, au sein et en dehors de l'établissement.
2. Renforcer les partenariats et les actions de coopération pour un parcours coordonné adapté et individualisé à l'usager en santé mentale afin de garantir une meilleure accessibilité aux soins.
3. Soutenir et accompagner les personnes en situation de handicap psychique et ou mental par un maillage des compétences somatiques et psychiatriques et une meilleure articulation du sanitaire avec le médico-social et la médecine de ville.

Quels constats ?

Malgré la prise en compte des problématiques somatiques des malades psychiatriques depuis plus de 20 ans, on constate toujours que 30 à 60% des patients psychiatriques hospitalisés ont une comorbidité somatique²⁶. Ce chiffre est encore plus important pour les patients chroniques ou accueillis dans le secteur médico-social puisque près de 75% des patients avec déficit intellectuel (avec ou sans autisme) qui présentent des troubles du comportement ont un problème somatique, souvent chronicisé²⁷. L'accès aux soins reste difficile car d'une part l'offre est réduite (chute de la démographie chez les médecins généralistes⁵ et réticence à accueillir les patients psychiatriques), d'autant plus en Seine-Saint-Denis, et d'autre part les patients psychiatriques ne sont pas demandeurs de soins somatiques²⁸.

De nombreuses campagnes ont été mises en place pour sensibiliser les équipes psychiatriques à la prise en compte de la douleur et de son évaluation, néanmoins, cette dernière reste encore rare et les professionnels se plaignent d'un manque de formation²⁸.

Des recommandations ont été établies en 2009²⁸ pour systématiser (1) le dépistage des patients à risque métabolique et cardiovasculaire; (2) l'évaluation de ces patients à risque ; et (3) le suivi étroit des patients.

Le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015¹⁵ recommande de :

- Développer la prévention nutritionnelle et bucco-dentaire ;
- Développer le recours au bilan de santé global ;
- Améliorer la collaboration somatique psychiatrie.

Dans ses propositions, l'UNAFAM¹⁷ souhaite que les problèmes somatiques soient mieux pris en compte (par le biais de la formation et de la sensibilisation) et qu'ils soient pris en charge en extrahospitalier.

États des lieux à l'EPS Ville-Evrard

L'offre de soins et de préventions somatiques est coordonnée par le pôle CRISTALES et couvre l'ensemble des secteurs de VE : offre hospitalière et ambulatoire, départementale voire régionale pour les PASS psy et dentaire, l'ethnopsychiatrie et l'ELSA.

Sur le plan médicamenteux, des actions de prévention de l'iatrogénie et des ruptures de traitement ont été engagées

- Dans le domaine de la pharmacie clinique : analyse des ordonnances informatisées et manuscrites ; évaluation des facteurs de risque dès l'admission des patients et pendant toute la durée de prise en charge psychiatrique et somatique. Un audit a également été réalisé sur le circuit du médicament.
- Dans le cadre des ordonnances de précarité (pour les patients qui ont des difficultés à établir leurs droits CPAM), mais le surcoût financier n'a pas été valorisé par l'ARS.

La prise en compte des besoins spécifiques des sujets souffrant de déficit intellectuel avec/sans autisme et dyscommunicants, a conduit à la création d'une consultation somatique dédiée au niveau du pôle CRISTALES. Elle s'adresse aux patients enfants et adultes de l'EPS, mais aussi à ceux des établissements médico-sociaux du département (7 conventions en cours).

Néanmoins, on constate des difficultés à plusieurs niveaux :

- La prévention primaire reste insuffisante. Elle est inégale selon les publics : enfants, adolescents, personnes âgées, populations fragilisées ou spécifiques (autistes).
- Certains moyens sont manquants, car les besoins ne sont pas pris en compte (ex. de la consultation pour les patients dyscommunicants où un prélèvement biologique peut mobiliser 4 soignants et durer une heure) ;
- Si la présence des somaticiens est efficiente durant l'hospitalisation, il n'existe en revanche pas de réel staff de concertation somatique-psychiatrie, et la coordination est quasi inexistante en ambulatoire. Les partenariats existants sont souvent informels et personne-dépendants (entre le somatique et le psychiatrique, entre l'hôpital et la ville). Les somaticiens constatent d'une hospitalisation à l'autre que les examens ou soins préconisés n'ont pas été réalisés et que les ruptures de soins somatiques sont très fréquentes.
- Le service rendu par le pôle CRISTALES souffre aussi de la pénurie médicale, notamment du fait d'une attractivité limitée par l'absence de possibilité d'amélioration du statut des médecins, permettant de les fidéliser.

Orientations stratégiques

Prévention, accès aux soins somatiques et dentaires, et sécurité des soins

Mise en place d'une politique de prévention et d'éducation thérapeutique :

- Dépistages des cancers, IST, risques cardiovasculaires, problèmes gynécologiques et surcharge pondérale en partenariat avec les GHT du 93. Un conventionnement est nécessaire pour permettre un accès facilité et sans délai aux consultations spécialisées et aux plateaux techniques d'imagerie des GHT du 93 pour les patients de l'EPS VE ;
- Campagnes de vaccination et de dépistage ;
- Bilans de santé par la CPAM par le biais de conventions UDAF/CPAM sur nos structures ambulatoires ;
- Promotion de la lutte contre les addictions par l'ELSA de l'EPS VE et intégration dans le dispositif de coordination départemental pour faciliter les relais ;
- Éducation thérapeutique sur les médicaments psychotropes et sur les comorbidités psychiatriques ;
- Mise en place d'un Plan Personnalisé de Soins : suivi et planification dans CORTEXTE, algorithme décisionnel dans le diagnostic et le suivi ;
- Promotion et développement de l'offre de l'accès aux soins des patients dyscommunicants par le renforcement de la consultation (réponse à l'instruction DGOS d'octobre 2015²⁹) et/ou d'un accueil en hôpital de jour (projet porté par le G12). Dans ce contexte, un partenariat sera à mener avec l'équipe experte DEFiscience de l'AP-HP.
- Sur le plan médicamenteux :
 - Développer la conciliation médicamenteuse (répertorier tous les médicaments prescrits pour un même patient hospitalisé) ;
 - Conventionner les relais de proximité avec les officines de ville pour éviter les ruptures médicamenteuses ;
 - Délivrance nominative journalière en UHTP et hebdomadaire sur les autres unités avec automate de dispensation au sein de l'EPS et d'établissements médico-sociaux partenaires.

Renforcement des coordinations somatique et psychiatrique ambulatoire

- Coordination avec les généralistes et centres municipaux de santé : (1) mise en œuvre des 8 points de la charte partenariale MG Psy. (2) messagerie sécurisée à partir du logiciel CORTEXTE pour l'automatisation du transfert d'informations pour améliorer le suivi des patients en ambulatoire
- Développer le soin somatique en HAD et en Hôpital de jour : augmentation du nombre de places sur le site d'Aubervilliers en intersectorialité (expertise du G13) en coordonnant les soins et traitements somatiques avec le pôle CRISTALES ;
- Renforcer l'approche culturelle dans le cadre des soins somatiques, élément central dans l'adhésion aux soins, par la valorisation de l'équipe d'ethnopsychiatrie.

Renforcement de l'accompagnement, de la préparation à la sortie, du maintien des droits sociaux et de l'accès aux médicaments et aux plateaux médico techniques

L'EPS de VE entend mener une réflexion avec la CPAM pour :

- Un accès par tous les prescripteurs de l'EPS VE aux données CPAM via carte CPS et accès aux pharmaciens de l'EPS VE pour la délivrance ambulatoire au titre de la précarité ;
- Le suivi des consultations, examens effectués et traitements dispensés via une plateforme départementale voire régionale avec accès aux données ;
- La mise en place d'une numérisation, avec mise en ligne et en formulaire des documents administratifs (CPAM et MDPH). Et l'organisation d'une alerte avant rupture des droits vers prescripteurs et coordination action sociale.

Au sein de l'établissement, il est souhaité la mise en place d'un système de relance des patients et de leurs familles pour les RDV afin de diminuer les ruptures et les RDV non honorés.

Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route

Un grand nombre de rencontres ont permis d'engager des actions concrètes dès la validation de la feuille de route par la CME en 2016.

Prévention accès aux soins somatiques et dentaires, sécurité des soins

1. Convention de partenariat parcours de santé VHC en ile de France : entre hôpital H. Mondor et EPSVE pôle CRISTALES : décembre 2016
2. Co-dépistage de l'insuffisance rénale et du diabète en Île-de-France - 3ème campagne annuelle menée à l'EPSVE.
3. Mise en place de consultations de gériatrie sur les sites de Neuilly-sur-Marne, Saint Denis et Aubervilliers par le recrutement de médecins généralistes titulaires de la capacité de gériatrie ;
4. Convention avec établissements médico-sociaux pour l'accès à une consultation somatique dédiée.
5. Consultation dédiée handicap financée par l'ARS-IF (convention à signer avec l'ARS-IF mi-novembre 2017)
6. Formation Défi Science: Encourager la création d'une communauté de pratiques professionnelles en Ile-De-France pour l'amélioration du soin et de l'accompagnement de personnes dyscommunicantes présentant des troubles du comportement : formation de deux jours en décembre 2016 et décembre 2017 (espace Scipion paris 5 et partenariat Pitié EPSVE : intervenants professionnels du pôle CRISTALES et unité 93G12 Alizé)
7. Réponse aux appels à projet télémédecine :
 - a. téléconsultation dentaire ;
 - b. Consultations spécialisées avec le CH Delafontaine ;
 - c. Consultation avec les EMS en déclinaison de la consultation dédiée Handicap
8. Automatisation circuit du médicament :
 - a. Rencontres DG et pôle CRISTALES à l'ARS-IF avec le pôle médico-social (Marc Bourquin) pour participation au financement si offre au médicosocial.
 - b. Visite du CH de Melun
 - c. Passage en Directoire sur l'évaluation de la faisabilité du projet et retroplanning
9. Conciliation médicamenteuse en cours expérimentation au 93G18

Renforcement des coordinations psychiatriques et somatiques ambulatoires

1. Convention avec la Fédération Nationale Centres Santé et l'EPSVE : 21 mars 2017
2. Poursuite du travail MG psy avec réunions bipartites (1/ 2 mois) avec 3 pôles pilotes (93G01, G02 et G13).



Fiches actions Axe 3

Fiche 3-1 OFFRE DE SOINS SOMATIQUES ET DENTAIRES, PARCOURS COORDONNE POUR LES POPULATIONS VULNERABLES

Référent

Dr Wanda Yekhlef

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention, accès aux soins somatiques et dentaires, sécurité des soins

- Promotion et développement de l'offre de soins du pôle CRISTALES aux personnes handicapées (expertise en faveur des patients dyscommunicants) – mise en place de la consultation dédiée handicap financée par l'agence

Promotion et développement de l'offre aux migrants et aux personnes en situation de précarité via les dispositifs existants au sein du pôle et en partenariat avec les secteurs de psychiatrie

Objectif opérationnel

1. Renforcement de l'offre de soins somatiques et soins buccodentaires à destination des personnes en situation de handicap psychique et mental sur le Département de Seine Saint Denis
2. Mise en place de la consultation dédiée handicap dès obtention des financements de l'ARS (prévus pour janvier 2018) – budgétisation annuelle selon objectifs quantifiés et atteints (convention EPSVE et ARS)

Descriptif de l'action

Offre de soins et de prévention ciblée (somatique et dentaire) dédiée :

- aux publics externes à l'établissement (résidents des EMS) et
- aux patients de la file active de l'EPS Ville-Evrard :
 - patients hospitalisés
 - suivis en ambulatoire quand difficultés d'accès aux soins de premier recours en ville
 - dédiée aux personnes en situation de handicap mental en difficulté d'accès aux soins

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Pôle CRISTALES

Acteurs

- Professionnels des EMPP
- DG, DSI, DPT, DAFSI
- Commission Défi
- FNCS autour des 70 CMS du département
- EMS partenaires et en convention avec l'EPSVE
- CPT93 et ses partenaires
- ARS-IF, CPAM

Moyens nécessaires

- Moyens humains financés
- Deux salles de consultations supplémentaires dédiées et aménagées
- Valorisation financière des actes par financement à l'activité

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Premier semestre 2018

Fiche 3-2 DEFI

Référents

- Dr Véronique Daoud

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention, accès aux soins somatiques et dentaires, sécurité des soins : améliorer le parcours des personnes handicapées psychiques avec dépendance institutionnelle (pathologies psychiatriques sévères (PRDI), déficiences intellectuelles avec troubles du comportement et troubles du spectre autistique adultes et enfants)

Objectif opérationnel

Ouverture d'un **Hôpital de jour psychiatrique somatique** à Alizé coordonné avec le pôle CRISTALES et avec le CH de la Pitié Salpêtrière (Filière DEFIsience) et bénéficiant aux secteurs de l'EPS Ville-Evrard et aux établissements médicosociaux à destination des patients avec déficit intellectuel (DI) et/ou trouble envahissant du développement (TED) présentant des troubles du comportement, et des PRDI : Accueil de jour et temps plein pour évaluation diagnostique et prise en charge globale psychiatrique, somatique, éducative et sociale.

Descriptif de l'action

1. Développer l'offre de soins en accueil temporaire temps plein et en hospitalisation de jour des patients au long cours, en PRDI, en lien avec les partenaires médico-sociaux.
2. Développer les partenariats au sein de la communauté psychiatrique du territoire : service des spécialités-PRDI, UHTP aigus-PRDI, EPS de VE-EMS, EPS- structures sanitaires.
3. Création d'une commission dédiée « DEFI » avec les secteurs de psychiatrie adultes et enfants (Ville-Evrard et CPT93), la coordination d'action sociale et les instances partenariales.
4. Mise en place d'un groupe-projet pour l'ouverture de places d'accueil de jour et création HDJ à visée départementale avec deux valences :
 - a. Patients avec DI et/ou TED présentant des troubles du comportement (à destination des UHTP de psychiatrie ou des EMS) ;
 - b. PRDI en long séjour avec évaluation de la réhabilitation psycho-sociale et de l'orientation médico-sociale
5. Mise en œuvre de la formation « DEFI » auprès des partenaires de la CPT93. Promouvoir les échanges de pratiques dans la CPT93.
6. Promouvoir les travaux d'étude et d'évaluation:
 - a. enquête spécifique sur les patients au long cours ;
 - b. renforcement des savoirs et compétences, et convergence des unités au long cours de Ville-Evrard

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- 93G12 (Dr Véronique Daoud), Pôle CRISTALES (Dr Wanda Yekhlief), secteur 93I05 (Dr Hélène Droulin)

Acteurs

- DG, DAFSI, DSI, DPT
- 3 unités de PRDI de l'EPS Ville-Evrard
- MAS de Ville-Evrard
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé
- Référents de parcours autisme des secteurs de PIJ
- DIM et département sociologie santé mentale

- EMS du département
- CPT93
- DITSA93
- UMI-TED Est
- CRAIF
- Réseau DEFiscience (Pitié-Salpêtrière)

Moyens nécessaires

Lettre de mission du P-CME

Places de jour en HDJ de PIJ (93I05) et 2 lits d'accueil et d'évaluation en UHTP adulte, 4 places en HDJ adulte

ETP psychiatre, somaticien, paramédicaux et psychologue à évaluer

Projet architectural et convergence avec le service des spécialités du pôle CRISTALES pour locaux adaptés à l'évaluation somatique et psychiatrique conjointe

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

- 2017-2018 : Mise en œuvre Formation DEFI au sein de la CPT. Mise en place de la commission DEFI : analyse détaillée des besoins en interne et en externe, définition du périmètre des missions et plan d'actions partenariales. Choix des indicateurs.
- Début 2018 : Enquête patients au long cours sur tous les secteurs de VE avec proposition à la CPT93.
- 2018 : Mise en place d'un registre de situations complexes en lien avec instance de concertation EPS-MDPH (fiche 5-3).
- 2019-2021 : Ouverture et accueil HDJ au sein de la nouvelle organisation EPRDI après une période transitoire d'ouverture de l'HDJ dans les locaux actuels du service des spécialités en lien avec l'unité ALIZE.
- 2022 : Évaluation de fonctionnement au sein de la CPT93.

Fiche 3-3 AUTOMATISATION DE LA DISPENSATION A DELIVRANCE NOMINATIVE

Référents

- Dr Gérard Willoquet, Mme Nadine Chastagnol, M. William Durocher

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention, accès aux soins somatiques et dentaires, et sécurité des soins : Délivrance nominative journalière en UHTP et hebdomadaire sur les autres unités avec automate de dispensation au sein de l'EPS et d'établissements médico-sociaux partenaires.

Objectif opérationnel

Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, en disposant de médicaments sous forme unitaire, en assurant une meilleure traçabilité des délivrances, en sécurisant l'administration des médicaments. L'automatisation de la délivrance nominative permet de disposer de médicaments sous forme unitaire. Elle permet la préparation des médicaments par patient et par heure de prise à partir d'une prescription informatisée.

En s'intégrant aux autres technologies de l'information, elle permet de sécuriser le circuit du médicament et d'assurer la traçabilité des traitements dispensés et administrés.

Descriptif de l'action

La stratégie retenue est d'envisager une montée en charge progressive en termes d'investissements financier et humain compte-tenu du caractère modulaire du type d'automate pressenti, en proposant dans un premier temps une DIN automatisée aux UHTP accueillant des PRDI puis à des structures médico-sociales et enfin aux UHTP de l'EPS Ville Evrard.

Le projet ne peut être opérationnel que lorsque le DPI et le module informatique du circuit du médicament seront déployés. La mise en œuvre d'un tel projet signifie pour la PUI une augmentation d'activité, un travail préparatoire important portant sur la définition des besoins médicamenteux des structures médico-sociales, l'élaboration de livret thérapeutique en concertation avec les médecins coordonnateurs et sur les systèmes d'information et l'interopérabilité des SI. Nécessité pour les structures MS de disposer d'une prescription informatisée.

Offre logistique à prévoir.

En phase de production, outre l'accroissement du nombre d'ordonnances à analyser, l'obligation de les avoir toutes validées avant de lancer un cycle de production constitue une contrainte temporelle prégnante.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- PUI (Dr Willoquet, pôle CRISTALES)

Acteurs

- DG, DSI, DAFSI, DAHL
- P-CME
- Pôles accueillants des PRDI (93G01, G09 et G12)
- Pôle CRISTALES
- EMS : EHPAD, IME, MAS, FAM

Moyens nécessaires

- Moyens en personnel : un pharmacien temps plein et un préparateur en pharmacie pour les 3 premières phases
- Équipements : automate, compresseur, onduleur
- Consommables
- Formations
- Contrat de maintenance

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

1. Phase 1 (fin 2018) : Installation des équipements (automate, onduleur, climatisation, compresseur).
2. Phase 2 (1^{er} trimestre 2019) : Stabilisation de l'organisation par la mise en œuvre de DIN automatisée au sein des unités de psychiatrie Trèfles, Alizé, Peupliers, foyer postcure (53 patients) et la MAS de VILLE EVRARD (27 résidents).
3. Phase 3 (2^{ième} trimestre 2019) : Déploiement dans les structures médico-sociales partenaires de VILLE EVRARD.
4. Phase 4 (2020) : Déploiement de la DIN automatisée au sein des UHTP de VE

Fiche 3-4 **DEVELOPPEMENT ET PROMOTION DE LA PREVENTION PRIMAIRE PAR LA FORMATION ET L'INFORMATION DES PATIENTS, DES FAMILLES ET DES SOIGNANTS**

Référents

- Drs Wanda Yekhlef et Isa Linarès

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention, accès aux soins somatiques et dentaires, et sécurité des soins. Mise en place d'une politique de prévention et d'éducation thérapeutique.

Objectif opérationnel

Préventions comorbidités somatiques, prise en charge douleur, facteurs de risques somatiques : mise en place, renforcement et suivi sur chaque pôle. Information et formation. Sensibiliser les professionnels de santé et promouvoir les actions de préventions.

Descriptif de l'action

1. Éducation thérapeutique : maladies chroniques, médicaments, comorbidités somatiques, aide aux aidants en lien avec les programmes pour maladies psychiques (PROFAMILLE etc.)
2. Renforcer dépistages pour les patients de l'EPS Ville-Evrard, notamment : pathologies tumorales, infections sexuellement transmissibles, maladies cardiovasculaires, hépatites, troubles gynécologiques, surcharge pondérale, défaut de vaccinations, addictions (ELSA)
3. Promouvoir les Bilans de santé par la CPAM (convention UDAF/CPAM) sur nos structures ambulatoires
4. Plan personnalisé de suivi par patient et « agenda patient » des actions de dépistages à réaliser (inscrit dans CORTEXTE)
5. Prévention de la douleur et de douleur liée aux soins, traçabilité de ces actions (via CORTEXTE)
6. Conciliation médicamenteuse (répertoire tous les médicaments prescrits pour un même patient hospitalisé : travail de proximité avec les officines de ville : réponse à l'appel à projet DGOS)
7. Prévention et dépistage dentaire
8. Projet de Téléconsultation dentaire par e-camera en attente de financement

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Pôle CRISTALES

Acteurs

- DSI, DAFSI, DQRJU
- DIM
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé
- PUI, Référent qualité de la prise en charge médicamenteuse
- CLUD-SP, CLAN
- Maison des Usagers (fiche 5-3) pour l'information
- ELSA, service d'addictologie des Hôpitaux Universitaires du 93
- CMS
- CPAM

Moyens nécessaires

- Plan personnalisé de soins dans CORTEXTE
- Suivi des actions de prévention dans CORTEXTE

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Dernier trimestre 2018 en fin de déploiement de CORTEXTE et son module médicament

Fiche 3-4 bis Jonction Axe 5 PROGRAMME PROFAMILLE

Référents

- Dr Isa Linarès, Mme Aurélie Florentin

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention, accès aux soins somatiques et dentaires, et sécurité des soins. Mise en place d'une politique de prévention et d'éducation thérapeutique.

Objectif opérationnel

Mise en place du programme PROFAMILLE sur l'EPS Ville-Evrard. Programme d'accompagnement psycho-éducatif des familles confrontées à la maladie psychique d'un proche. Destiné à apporter une meilleure compréhension de la maladie, acquérir des savoir-faire pour une meilleure gestion du quotidien, permettre l'accès à une plus grande autonomie, diminuer les conséquences pour l'entourage. Permet la diminution de la durée moyenne de séjour, du taux de rechute, des SDT/SDRE, du stress des aidants, et améliore l'alliance aux soins.

Descriptif de l'action

- Programme destiné aux familles des personnes suivies dans les secteurs de l'EPS de Ville Evrard, sur la forme d'un module d'une année avec des séances au format préétabli. Un travail d'approfondissement avec les familles est prévu par la suite.
- Des observateurs pourront participer et se former à la mise en place ce programme, la perspective étant de créer, dans l'avenir un centre ressources avec du personnel dédié, qui organisera les programmes destinés aux familles de la Seine Saint Denis.
- Cette offre sera accessible via le projet de Maison des Usagers de l'EPS Ville-Evrard (fiche 5-3)

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Secteur 93G13 (Dr Isa Linarès)

Acteurs

- DG, DSI, DAFSI, DAHL
- P-CME
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé
- Professionnels intéressés par la formation
- Collège des Psychologues
- CDU, Maison des Usagers
- UNAFAM

Moyens nécessaires

Moyens humains déployés à budget constant avant demande de financement à l'ARS
Salle équipée vidéo
Supports pédagogiques (12 classeurs complets du module)

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Phase 1 : Recrutement et sélection des participants de juin à août 2017
Phase 2 : Mise en place le 10 octobre 2017 avec un premier groupe de 8 participants
Phase 3 : Évaluation prévue dans le programme et effectuée au fur et à mesure de l'avancement du programme et après la fin du premier module (juin 2018).
Phase 4 : module d'approfondissement (octobre 2018)
Phase 5 : Déploiement sur l'EPS Ville-Evrard et demande de financement (2019)

Fiche 3-5 ARTICULATION HOPITAL ↔ VILLE

Référents

- Drs Wanda Yekhlef et Isa Linarès

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Renforcement des coordinations somatique et psychiatrique ambulatoire.

Objectif opérationnel

1. Améliorer la coordination des professionnels par une connaissance réciproque des acteurs : psychiatres, somaticiens et généralistes ainsi que des dispositifs et des offres de soins
2. Améliorer le soin et le suivi de l'utilisateur en santé mentale ; amélioration du parcours coordonné
3. Amélioration articulation hôpital – EMS et ville et ville-EMS-hôpital

Descriptif de l'action

Mise en œuvre des 8 points de la charte partenariale MG Psy à tous les secteurs de VE

1. Identification d'un médecin traitant (MT) pour chacun des patients suivis en psychiatrie
2. Coopération dans le suivi des comorbidités psy et somatiques et des traitements
3. Meilleure lisibilité des dispositifs d'offre de soins en psychiatrie
4. Transmission d'information croisée pour
 - a. Suivi ambulatoire
 - b. Hospitalisations programmées
 - c. Hospitalisations urgentes
5. Au domicile du patient, prise en charge conjointe par MT et l'équipe du secteur psychiatrique
6. Formation croisée des professionnels
7. Accès téléphonique en temps réel des praticiens généralistes à un psychiatre ou à une structure psychiatrique de recours
8. Amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de l'organisation de Ville-Evrard
9. Fiche de mission du médecin somaticien précisant son rôle d'interface et de liaison

Renforcement de l'accompagnement, de la préparation à la sortie, du maintien des droits sociaux et de l'accès aux médicaments et aux plateaux médico techniques.

1. Accès par tous prescripteurs de l'EPS Ville-Evrard aux données CPAM via carte CPS et accès aux pharmaciens de l'EPS Ville-Evrard pour la délivrance ambulatoire au titre de la précarité
2. Relance des patients et de leurs familles pour les RDV et, suivis des consultations, examens effectués et traitements dispensés via une plateforme départementale voire régionale avec accès aux données CPAM (données parcours à partir de l'ALD 23)
3. Modifier les missions de la psychiatrie de liaison pour les patients psychiatriques hospitalisés en soins somatiques afin de faciliter leur adhésion aux soins
4. Numérisation, mise en ligne et en formulaire remplissage des documents CPAM (protocole de soins 100%) et MDPH pour la facilitation des compléments d'information et du transfert d'informations sécurisés dans CORTEXTE avec le médecin traitant déclaré et les organismes concernés pour rapidité d'exécution ; alerte avant rupture des droits vers prescripteurs et coordination action sociale
5. Politique générale de réactualisation des conventions

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Pôle CRISTALES

Acteurs

- DG, Secrétaire Général
- DAFSI, service de la communication, DQRJU
- DIM
- Chefs de pôles et cadres supérieurs de santé
- Responsables d'UHTP et de CMP
- Médecins généralistes
- CMS
- Fédération des soins primaires
- CPT93
- GHT93 Est et Ouest

Moyens nécessaires

1. Disposer d'un annuaire des correspondants externes
2. Développer Messagerie sécurisée CORTEXTE / ASIP santé (messagerie sécurisée) via RPPS
3. Évolution du dossier patient partagé
4. Site internet /application smartphone
5. Mise en place de réunions conjointes / articulation avec CLSM
6. Plan personnalisé de soin et individualisé : suivi et planification dans CORTEXTE
7. Accès par tous prescripteurs de l'EPS VE et pharmaciens aux données CPAM via carte CPS

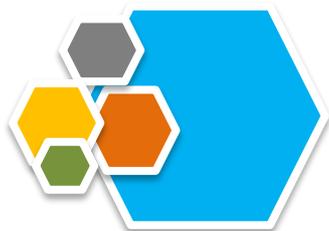
Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Renforcement avec les Centres de santé 2017-2018

Renforcement avec les MG : 2017-2019

Renforcement avec les hôpitaux généraux : 2017- 2020

Évolution CORTEXTE/ messagerie sec 2017-2018



Axe 4 – Articulation et transitions des soins de l'enfance à l'âge adulte : handicap psychique et mental, Adolescents

Définition des enjeux

1. Prévoir et organiser de manière harmonieuse et individualisée les transitions d'accompagnement et de soins entre les prises en charge en pédopsychiatrie et les prises en charge en psychiatrie adulte pour prévenir les ruptures scolaires et professionnelles, sociales, familiales et dans les soins
2. Favoriser une culture clinique inter institutionnelle et le dialogue multi partenarial afin de permettre une prise en charge globale et durable, articulant les dimensions psychiatriques, médicales, sociales, médico-sociales, judiciaires, pédagogiques, d'insertion dans la famille et dans la société

Quels constats ?

L'adolescence est la 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^{xxx}.

C'est donc une période sensible qui nécessite une grande coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) qui a souvent pris en charge les premiers troubles, et la psychiatrie générale (PG) qui est amenée à assurer le relais, parfois dès l'âge de 16 ans, où l'hospitalisation si elle est nécessaire. Cependant cette collaboration est trop souvent entravée par le manque de disponibilité, de considération réciproque, de protocolisation du passage. Il n'existe pas de concertation sur quels publics adolescents/jeunes adultes bénéficieraient d'une continuité de suivi en PIJ et quels autres ont un plus grand intérêt à passer précocement en PG. Ce manque de collaboration se retrouve sur le terrain puisque 50% des suivis sont marqués par une discontinuité de près de 6 mois sur la transition PIJ vers PG, et cette période est caractérisée par près de 50% de perdus de vue³².

Les enfants présentant des troubles du développement suivis en PIJ et qui vont développer un handicap psychique et mental, bénéficient d'une orientation vers le secteur médico-social entre l'âge de 6-8 ans et 14 ans ; très souvent, dans ce cas, le suivi en PIJ s'interrompt. 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 ou n'ont pas notion de ses antécédents²⁹. C'est là une perte de chance pour les patients souffrant de handicap et une source d'incompréhension entre sanitaire et médico-social.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015¹⁵ préconise :

- D'éviter des ruptures de prises en charge aux âges de transition
- De mener une politique d'identification, prévention et résolution partagées entre PIJ et PG des situations complexes et/ou sans solution.

Le rapport de l'UNAFAM¹⁷ insiste sur le renforcement du partenariat sanitaire et médico-social, et l'organisation claire de leurs liens, pour la coordination des professionnels autour des besoins de la personne.

État des lieux à l'EPS Ville-Evrard

Bien que le département dispose de nombreuses structures du secteur prenant en charge enfants et adolescents, il subsiste toutefois des parties du territoire peu couvertes par ces dispositifs avec une offre de soins insuffisante (CMPP inégalement répartis, peu d'offre privée, manque de structures de soins séquentiels et de dispositifs alternatifs type MDA).

Les dispositifs de soins pour les adolescents sont donc marqués par :

- Des délais d'attente trop longs pour un premier accueil dans de nombreux CMP, ce qui n'est pas adapté à la temporalité des adolescents ;

- Une proportion non évaluée d'adolescents qui n'accèdent pas aux soins traditionnels (consultation) et un éloignement trop fréquent des adolescents les plus malades des équipes de pédopsychiatrie, d'où des ruptures de soins et des retours en catastrophe, non préparées, le plus souvent en psychiatrie adulte.
- Trop peu de structures institutionnelles pour pathologies les plus lourdes, essentiellement à partir de 12 ans, à la fois au niveau sanitaire, mais aussi au niveau médico-social (ITEP, IME pour artistes...);
- Des ruptures de soins fréquentes pour les adolescents admis en structures médico-sociales ;
- Malgré un travail continu de réseau mené par chaque CMP-IJ, persistent des clivages ou des difficultés d'articulation locaux avec l'ASE, les structures médico-sociales, la PJJ et l'éducation nationale.

La tranche des 16-21 ans rencontre des difficultés accrues de coordination entre PIJ et PG, la PIJ alternant des positions de défausse ou de retard au recours au passage en PG, et la PG est souvent réticente à prendre en charge, surtout en intra-hospitalier, des adolescents, du fait des difficultés de relais sanitaires et sociaux.

Orientations stratégiques

Mise en place d'une charte du continuum

Elle permet de formaliser les liens entre PIJ et PG et les engagements de chacun au sein de l'EPS, pour préciser et établir les modalités d'échanges continus (synthèses...) et les modalités de passage des patients.

Mise en place de coordinations et de partenariats

Partenariats PIJ et PG

Il est discuté de la création d'une **équipe ressource du continuum** dont la fonction serait (1) de coordonner les collaborations autour de cas complexes impliquant PIJ et PG, (2) d'assurer une information sur la multiplicité des recours sociaux, pédagogiques, professionnels et médico-sociaux au service des équipes PIJ ou PG engagées auprès d'un adolescent, et (3) de coordonner des partenariats au niveau départemental avec les acteurs sociaux de ce champ. **Une équipe ressource autour de l'autisme et du déficit intellectuel** permettrait également la diffusion de savoirs et la coordination avec le médico-social.

Partenariats pluri-institutionnels

A l'instar des projets menés à Saint-Denis (G01-02) et Rosny-sous-Bois (G09-I05), il est nécessaire que se mettent place des instances de concertation type **RESAD Jeunes**, avec un volet ados dans les CLSM.

Partenariats avec les acteurs du champ de l'adolescence

Secteur médico-social : réflexion à mener sur les formations communes, les échanges de professionnels et les temps de prise en charge partagés pour assurer le maintien des patients dans leur structure en même temps que l'expertise sanitaire.

Justice, Aide Sociale à l'Enfance et Éducation nationale : renforcement des liens. Attention spécifique portée à la problématique des mineurs incarcérés qui accèdent difficilement aux soins du fait du manque de pédopsychiatres en maison d'arrêt.

Actions de formation

Le groupe insiste sur la nécessité de **maintenir pour les internes DES de psychiatrie, 2 semestres obligatoires en PIJ**. Par ailleurs, des formations sur l'adolescence pourraient être renforcées pour les professionnels de la PG, et des formations de PG à destination des professionnels de PIJ.

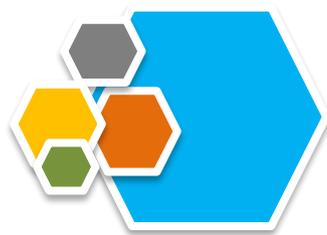
Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route

Les travaux de l'axe 4 se sont poursuivis :

1. Via des rencontres avec des partenaires, notamment le tribunal pour enfant de Bobigny
2. Via l'évaluation des besoins de soins hospitaliers des adolescents. Un premier travail de recensement a mis en évidence 33 mineurs hospitalisés dans les UHTP adultes de l'EPS de Ville-Evrard. Ces données laissent suggérer qu'une UHTP adolescents supplémentaire et/ou de places

d'HDJ/CATTP sur le département pourraient être nécessaire. Cela reste donc à évaluer plus finement.

3. Via le recensement de l'offre de soins aux adolescents avec notamment la création d'un HDJ adolescents sur Montreuil (93I03) et la transformation du CATTP Ados Neuilly (93G16) en HDJ.
4. Via le rapprochement avec l'axe 3 autour de la prise en charge des sujets autistes adolescents jeunes adultes ;
5. Via l'inscription de la problématique du Continuum Adolescent Jeune Adulte au sein de la Commission Holistique et Complexité, et en lien avec la Commission Pédopsy 93 de la CPT93.



Fiches actions Axe 4

Fiche 4-1 CHARTE ET EQUIPE RESSOURCE DU CONTINUUM ADOLESCENT – JEUNE ADULTE

Référents

- Drs Evelyne Lechner et Pedro Serra

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Améliorer les transitions d'accompagnement et de soins entre les prises en charge en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie adulte, appelée Continuum Adolescent Jeune Adulte (CAJA) :

- organisation harmonieuse/individualisée;
- prévention des ruptures ;
- prise en charge globale/durable articulant plusieurs dimensions.

Objectif opérationnel

Élaboration d'une [Charte du Continuum Adolescent Jeune Adulte](#) visant à définir les fondamentaux et les règles de bonne pratique concernant le passage de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie, par le biais de :

- Un référent psychiatre ou psychologue de la prise en charge sur tout le parcours de soins
- Un chevauchement des prises en charge lors des passages
- Un renforcement du travail avec les familles et proches
- Des réunions régulières entre équipes psychiatrie adulte et pédopsychiatrie
- Instance de concertation pour situations complexes

La mise en place d'une [Équipe Ressource Continuum Adolescent Jeune Adulte](#) jouant un rôle dans :

- L'information sur les recours sociaux et pédagogiques
- La coordination des partenaires au niveau départemental

Descriptif de l'action

Rédaction de la charte du CAJA

- Convention entre les secteurs adultes et infanto-juvéniles autour de la charte, en associant la CPT93
- Dès validation de la Charte du CAJA par les instances :
- Mention systématique du référent dans le Dossier Patient Informatisé
- Fiche de transmission à utiliser pour tout passage d'une structure interne vers une autre
- Lettre de liaison à utiliser de Ville-Evrard vers une institution extérieure

Création sur l'établissement d'une équipe ressource du CAJA dont la fonction d'expertise est :

- de coordonner les collaborations autour de cas complexes impliquant la psychiatrie (G et IJ), l'ASE, la PJJ, l'Éducation Nationale...
- d'assurer une information sur la multiplicité des recours sociaux, pédagogiques, professionnels et médico-sociaux au service des équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte engagées auprès d'un adolescent ou d'un jeune adulte
- de réfléchir à la mise en place d'une coordination de l'adolescent-jeune adulte au sein de la CPT93

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Dr Evelyne Lechner : Charte du CAJA
- Dr Rita Thomas : Équipe Ressource du CAJA

Acteurs

- Chefs de Pôle, cadres supérieurs et RSI de CMP
- Psychiatres ou psychologues référents CAJA
- Les équipes pluriprofessionnelles des structures internes recevant des adolescents
- DSI
- DIM
- Service de la communication de Ville-Evrard
- CPT93
- Maisons des Adolescents du département

Moyens nécessaires

- Réunions mensuelles de l'Équipe Ressource du CAJA
- Réunions des référents sous l'égide de l'Équipe Ressource du CAJA dont le rythme reste à déterminer
- Participation de l'Équipe Ressource du CAJA aux réunions CPT93, CSSM du CTS93 ou autres où son expertise est requise

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

- Rédaction et Validation par les instances de la Charte du CAJA : 1^{er} semestre 2018
- Mise en place de l'Équipe Ressource du CAJA : 2^e semestre 2018

Fiche 4-2 **RENFORCEMENT DES CONNAISSANCES EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT – JEUNE ADULTE**

Référents

- Drs Rita Thomas et Bertrand Welniarz

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Amélioration qualitative des prises en charges d'adolescents du département sur tout leur parcours de soins grâce à un renforcement d'une formation commune destinée à tous les professionnels de la psychiatrie adulte, de la psychiatrie infanto-juvénile et des institutions partenaires.

Objectif opérationnel

Amélioration et consolidation des savoirs et des pratiques sur la psychiatrie de l'adolescent (clinique, thérapeutiques, notamment par le biais de médiations, aide à la parentalité, connaissance des dispositifs spécifiques déjà existants...) auprès de tous les professionnels amenés à prendre en charge ce type de population se situant à cheval entre les champs de compétence de la psychiatrie adulte et de la psychiatrie infanto-juvénile.

Descriptif de l'action

1. Favoriser les stages en immersion de professionnels
 - a. entre structures internes de PIJ et PG et
 - b. entre Ville-Evrard et des structures médico-sociales
2. Mise en place, au sein de la Formation Permanente de Ville-Evrard d'un module de formation de base reconnue DPC, à destination des personnels médicaux et paramédicaux, sur les aspects spécifiques de la psychiatrie de l'adolescent et de la parentalité, à laquelle chaque secteur s'engage à inscrire chaque année un certain nombre de ses membres, en priorité son ou ses référents CAJA.
3. Mise en place d'un module de renforcement de ces connaissances de base, reconnu DPC, à élaborer à partir de formations déjà dispensées par la Formation Permanente de Ville-Evrard et d'autres à créer sur des thèmes plus spécifiques à définir

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Équipe ressource du CAJA, Commission DPC

Acteurs

- FP, centre de documentation
- DSI et copilotes du point 3.4 Stanislas et Degagh (Formation, Enseignement – fiches 1 et 2 du Projet de Soins)
- Coordination de l'Action Sociale
- Chefs de pôle, cadres supérieurs de santé, RSI
- Collège des psychologues
- CPT93
- CSSM du CTS93

Moyens nécessaires

- Budget pour la mise en place de la formation (25 000 €/7 jours/60 agents/an) avec ouverture au médico-social et au social pour permettre des rentrées financières pour l'EPS
- Conventionnement entre PIJ et PG sur les modalités d'échanges de professionnels
- Conventionnement entre VE et les partenaires médico-sociaux sur les modalités d'échanges de professionnels

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Fin 2018

Fiche 4-3 **Jonction Axe 3** AMELIORATION DU PARCOURS DE SOIN DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES AUTISTES

Référents

- Dr Véronique Daoud (Axe 3)
- Dr Pedro Serra (Axe 4)

Orientation stratégique définie par la feuille de route

- Amélioration des transitions d'accompagnement et de soins entre les suivis d'autistes adolescents et jeunes adultes en psychiatrie et dans le médico-social
- Amélioration qualitative de leur prise en charge globale au long cours grâce à un renforcement d'une formation commune destinée à tous les professionnels de la PG, de la PIJ et des institutions partenaires.

Objectif opérationnel

- Formalisation de la coordination entre Ville-Evrard et les structures médico-sociales accueillant les autistes enfants, adolescents et jeunes adultes du département
- Consolidation des savoirs et des pratiques sur la prise en charge des autistes grâce à un renforcement d'une formation commune destinée à tous les professionnels de la PG, PIJ et des institutions partenaires.

Descriptif de l'action

Mise en place d'un **Réseau Partenarial Autisme** chargé de :

- Au niveau départemental,
 - De réunions de concertation sur les orientations et de lien avec la MDPH
 - De soutien diagnostique et technique à la création de structures spécialisées dans la prise en charge des autistes
 - D'améliorer la coordination entre tous les partenaires concernés
 - De coordonner le dialogue sanitaire/ médico-social autour de l'autisme avec l'ARS et la MDPH
- Au niveau local,
 - De l'information sur les recours sanitaires, sociaux et pédagogiques pour les sujets autistes et de coordonner leur accès à ces recours ;
 - d'évaluation des prises en charge individuelles complexes.

Renforcement de la formation sur l'autisme sur le département avec différents niveaux de formation :

- Mise en place, au sein de la Formation Permanente de Ville-Evrard d'une formation sur l'autisme, en de tous les professionnels médicaux et paramédicaux amenés à prendre en charge ce type de pathologie et à laquelle chaque secteur s'engage à inscrire chaque année un certain nombre de ses membres. Cette formation est ouverte
- Renforcement de cette formation de base à l'autisme par la mise en place d'un parcours de professionnalisation et d'un stage dans une unité accueillant des autistes pour les paramédicaux et les éducateurs travaillant en PG et PIJ auprès d'autistes.
- En articulation avec l'Université Paris XIII, création d'un Diplôme Universitaire sur l'autisme

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Dr Daoud, Équipe du 93I05, FP

Acteurs

- DSI
- Chefs de pôle, cadres supérieurs de santé, RSI
- Coordination de l'action sociale
- UNIDEP
- DITSA 93
- CPT93
- Structures médico-sociales autisme du 93

Moyens nécessaires

- Réseau partenarial à former sous la forme d'une association Loi 1901 entre structures, avec recrutement d'un coordonnateur
- Budget formation à évaluer au prorata des différents modules du parcours de professionnalisation

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

- Réseau à construire au cours de l'année 2018
- Module de base autisme (2 jours) mis en place par la FP + équipe du 93105 « les Hirondelles » au 4^e trimestre 2017
- Module « outils diagnostics et accompagnement diagnostique » mis en place par la FP + équipe du 93105 UNIDEP fin 2017

Fiche 4-4 EVALUATION DES BESOINS EN STRUCTURES DE SOINS ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

Référents

- Drs Evelyne Lechner, CPT93

Orientation stratégique définie par la feuille de route

- Favoriser les soins de proximité, améliorer de la spécificité et de la qualité de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes hospitalisés à plein temps sur le département en évitant le plus possible qu'ils se voient contraints, notamment en urgence, à être hospitalisés en unité d'hospitalisation plein temps adulte.
- Envisager des modalités innovantes de soins intensifs hospitaliers et/ou ambulatoires pour adolescents et jeunes adultes

Objectif opérationnel

- Afin d'étudier cette question de santé publique, mise en place d'une analyse sur 3 ans
 - de l'activité en hospitalisation plein temps pour les tranches 12-15 ans et 16-21 ans du département (UHTP adolescents et UHTP adultes)
 - de l'activité ambulatoire pour la tranche 16-21 ans du département entre structures de PIJ et de PG
- Recensement des manques et évaluation des besoins à développer.

Descriptif de l'action

Mise en place par le groupe d'appui recherche et évaluation de la CPT93 d'indicateurs mesurables afin de suivre :

- Les séjours hospitaliers en UHTP adulte, adolescent, pédiatrique
 - Des adolescents de 12 à 15 ans
 - Des adolescents jeunes adultes de 16 à 21 ans ;
- Les usages en soins ambulatoires de PG et de PIJ (dont HDJ) des adolescents jeunes adultes de 16-21 ans.

Suivi des résultats de l'expérimentation de l'équipe mobile adolescents des secteurs 93G01-G02

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- DIM

Acteurs

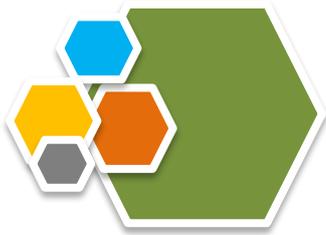
- CPT93
- Centre de recherche de Ville-Evrard
- ARS (DD93-ARSIF)
- Chefs de pôle de PIJ et de PG prenant en charge des adolescents (93G01, G02, G16)

Moyens nécessaires

- Coordination des DIM de la CPT93 via le groupe d'appui recherche et évaluation de la CPT93
- Identification d'indicateurs et mise en place d'un tableau de bord
- Analyse des données au sein de la CPT93

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

2^e semestre 2018



Axe 5 – Prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et réhabilitation psychique, sociale et familiale

Définition des enjeux

1. Promouvoir à partir du secteur l'accès à une offre de soins diverse par le décroisement
2. Décrire un parcours de soins personnalisé articulé au parcours de vie
3. Favoriser l'accès des familles à l'information, la formation et aux soins
4. Renforcer les partenariats et le réseau territorial pour favoriser l'accès des patients aux ressources sociales, professionnelles et de logement

Quels constats ?

Les pathologies psychiatriques chroniques représentent, par le caractère invalidant, un enjeu de santé publique. La prévention se décline sous trois formes : primaire, elle vise à diminuer l'entrée dans la maladie ; secondaire, elle a pour objectif la prise en charge précoce et la limitation des complications ; tertiaire, elle ambitionne de limiter les rechutes et le développement du handicap.

La prise en charge précoce améliore le devenir des patients, par la limitation de la morbidité et des complications^{xxxi}. C'est aussi vrai pour les pathologies de l'enfance et l'adolescence (autisme, TDAH, troubles des conduites, et TCA) que pour celles de l'adulte (schizophrénie et troubles de l'humeur). On sait ainsi que le taux de rechute pour la schizophrénie est de 80% sur 5 ans^{xxxii}. Les ruptures de soin, qui ont un impact négatif direct sur la maladie sont favorisées par le faible « insight », la stigmatisation sociale mais aussi l'organisation des soins^{25,34}. Les sujets souffrant de pathologie psychiatrique voient leur réseau de ressources diminuer³³, or le faible soutien social est corrélé à un accroissement de la prévalence des troubles mentaux^{xxxiii}.

Des travaux récents ont montré que la construction d'un projet de vie complet (sur les finances, l'emploi et le logement) améliorerait de manière conséquente l'adhésion aux soins³⁵. Il en est de même pour le travail avec la famille. Ce sont des partenaires essentiels, puisque 33 à 45% des patients chroniques vivent au domicile de leurs parents^{35,xxxiv} et que 9 aidants sur 10 sont des membres de la famille³⁶. Une grande partie du bien-être psychique des patients repose donc sur la famille, dont les besoins sont rarement pris en compte et la coopération trop peu souvent requise.

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015¹⁵ prévoit de :

- Développer aide, soutien, information aux aidants ;
- Privilégier autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun/ logement adapté, et la lutte contre la précarité ;
- Favoriser l'accès aux droits, à l'emploi adapté, et à l'entraide sociale (Groupes d'Entraide Mutuelle).
- UNAFAM¹⁷ souhaiterait que soient pris en compte plus largement :
 - Le développement de la réhabilitation, d'une meilleure évaluation du handicap, et d'une préoccupation pour le logement des patients ;
 - La préservation du capital santé de l'entourage ;
 - Les besoins à envisager pour la personne dans son milieu ordinaire au-delà de la segmentation des services.

État des lieux à l'EPS Ville-Evrard

Le secteur est la pierre angulaire du dispositif de soins psychiques et se décline en plusieurs niveaux de prise en charge pour répondre au mieux aux besoins de santé des patients. C'est une offre de soins généraliste et de proximité. À l'échelle de l'EPS, si on observe le panel de structures et de soins pour chaque secteur, ainsi que les orientations théoriques développées, on peut constater l'extrême richesse et diversité des pratiques qui constituent en soi une offre de soins intégrative et complémentaire.

Cependant, les cloisonnements institutionnels sont à l'origine d'une faible lisibilité et d'un recours difficile à des soins spécialisés sur un secteur par un autre qui ne dispose pas de cette option (ex. de l'éducation thérapeutique, de la thérapie familiale ou des ateliers d'art-thérapie...). Par ailleurs, les familles témoignent d'une loyauté des patients à l'égard de leur psychiatre traitant, s'interdisant de lui demander d'accéder à

certain types de soins s'ils pensent que l'orientation théorique de ces soins est en contradiction avec celle de leur psychiatre. Enfin, malgré le travail de prise en charge globale et des expériences locales ou ponctuelles, des manques existent : faible adressage en PIJ des patients psychiatriques ayant des enfants pour un travail sur leur parentalité, difficultés de recours à un logement adapté et aux ressources nécessaires.

Orientations stratégiques

Prévention secondaire : un projet de soin personnalisé et articulé

Une **charte de bonnes pratiques partagées** doit être établie au sein de l'EPS. Elle viserait à :

- Renforcer le secteur dans sa vocation à établir un **Projet de Soins Personnalisé** décrivant le parcours du patient au sein des dispositifs du secteur. Ce projet de soins doit prendre en compte les besoins du patient, ses attentes et les innovations de soin. Un référent de projet doit être désigné ;
- **Ouvrir l'accès aux soins disponibles** sur un autre secteur pour compléter la prise en charge du patient, en garantissant les liens qui unissent les partenaires et le psychiatre référent du secteur.
- **Favoriser l'accès aux unités co-, inter- ou supra-sectorielles de prévention, dépistage et de soins précoces** existantes ou à développer. A l'instar du dépistage précoce de l'autisme proposé par l'UNIDEP (I05), des soins précoces développés par l'unité de psychiatrie périnatale (I03), ou de la création de l'équipe mobilité de psychogériatrie inscrits au projet médical 2013-2017, des projets de repérage et de prise en charge précoce et spécialisée sont envisagés et pourraient trouver leur place dans le projet d'établissement : projet d'unité *d'électro-convulsivo-thérapie* (ECT), projet d'unité de *prise en charge du psychotraumatisme*, dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'université Paris XIII et la CUMP ; projet d'unité *pour les TCA des adolescents* unissant pédiatrie, pédopsychiatrie et thérapie familiale. Des projets d'accès au soin hors-institution, sur le terrain, sont à penser, comme le projet *d'équipe mobile pour le repérage précoce des troubles de l'adolescent* (G01-02).

Par ailleurs, un travail de recensement et de cartographie de l'offre psychothérapique est engagé pour permettre d'établir un **répertoire des soins psychothérapiques accessibles aux secteurs au niveau de l'EPS**.

Prévention tertiaire : un projet de vie unissant les acteurs de la réhabilitation

L'expérience positive des secteurs participant aux CLSM et RESAD, doit conduire les secteurs qui n'en disposent pas, à se montrer actifs dans leur développement.

Par ailleurs, la prévention tertiaire sera efficiente par le **renforcement des moyens des CMP** et des structures ambulatoires (CATTP, HDJ) vers :

- L'amélioration du suivi et des relances après l'hospitalisation ;
- Le travail de crise et le travail à domicile pour éviter hospitalisation et réhospitalisation ;
- La participation aux RESAD ;
- Le développement des alternatives de soins séquentiels en aigu et subaigu.

La prise en charge globale est un des facteurs améliorant la prévention tertiaire. Elle doit comprendre :

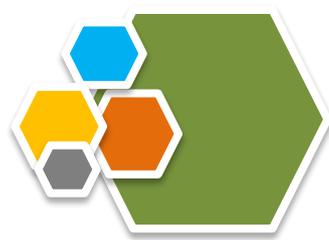
- Le développement de **l'éducation thérapeutique** par la mise en place d'une structure intersectorielle (G16) proposant ressources et soins ;
- La prise en compte des **polypathologies, facteur de gravité** du handicap, par la création d'une unité cosectorielle (G10-11-12) d'accueil et d'évaluation des patients souffrant de pathologies multiples comorbides.
- La mise en place **d'une instance technique de ressource et de concertation avec la MDPH**, recours utile pour les psychiatres et travailleurs sociaux de secteur pour améliorer l'orientation dans la filière médico-sociale. À ce sujet, il est à noter que les grilles de la MDPH ne sont pas adaptées aux handicaps psychique et mental, et qu'un travail devra être mené dans le sillage de la réflexion lancée par l'UNAFAM sur ce sujet ;
- **Une attention particulière à l'entourage** : adressage en périnatalité pour les parents souffrant de troubles psychiques, développement territorial des unités et équipes de thérapie familiale (G02, G03, G14-I05, G15), mise en place d'une maison des usagers et information/adressage renforcé vers la délégation UNAFAM93 ;
- **La mise en place de partenariats avec le médico-social et les collectivités locales (par le biais des CLSM)** pour la prévention de la précarité, pour l'accès à des ESAT adaptés en l'échange de soutien (ex. de l'ESAT transition vers le milieu ordinaire associant IRIS Messidor et le G14), et pour le développement d'une offre de logements (ex. du foyer résidentiel porté par l'Association de Villepinte)

- **La formation des professionnels** doit être renforcée par le décloisonnement des secteurs (pour accueillir des professionnels d'autres secteurs pour la formation), favoriser la formation d'infirmier de pratique avancée, ouvrir des stages en psychiatrie pour les médecins généralistes résidents, et discuter la place des délégations de tâches entre professionnels, coordonnées par un psychiatre référent. Enfin, il est nécessaire de prévenir et accompagner les professionnels soumis à des traumatismes directs, vicariants et au syndrome de « burn-out.

Déroulement des travaux et actions mises en œuvre depuis la feuille de route

Des projets de développement et de financement ont permis :

- La mise en œuvre d'une équipe mobile adolescents (93G01 et G02) opérationnelle en 2018
- En partenariat avec le service de pédiatrie de l'hôpital Jean Verdier, l'ouverture d'un HDJ pédiatrique pour les troubles du comportement alimentaire en partenariat avec le secteur 93I05
- La mise en œuvre de plusieurs groupes familles sur les secteurs (G09, G16, G18...)
- L'organisation de la représentation par l'UNAFAM des usagers de la pédopsychiatrie, avec une première réunion publique de l'UNAFAM93 le 25/11/2017 regroupant plus de 50 participants
- Plusieurs rencontres avec la MDPH pour organiser la concertation.



Fiches actions Axe 5

Fiche 5-1 CENTRE RESSOURCE PSYCHOTRAUMATISMES

Référents

- Drs Pascal Favré et Khalid Kalalou

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention secondaire : Favoriser l'accès aux unités co-, inter- ou supra-sectorielles de prévention, dépistage et de soins précoces

Objectif opérationnel

1. Développer les consultations externes d'évaluation et de traitement des traumatismes psychologiques au sein des pôles sectorisés de l'EPS Ville-Évrard.
2. Diminuer le nombre d'évolutions péjoratives des états de Stress aigu et des États de Stress Post-Traumatique (ESPT).

Descriptif de l'action

Créer une structure interne supra-sectorielle regroupant les cliniciens de tous les secteurs de l'EPS Ville-Évrard formés aux spécificités du psychotraumatisme, visant à :

1. Proposer aux patients une plate-forme commune pour l'EPS Ville-Évrard d'orientation vers un thérapeute et de prise de rendez-vous (guichet unique).
2. Créer des liens et synergies entre les différents acteurs impliqués dans le domaine du Psychotraumatisme dont la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique de Seine-Saint-Denis – CUMP 93 et son relais sur l'EPS Ville-Evrard, et le centre de Psychothérapie de Saint-Denis - secteur 93G03.
3. Diffuser et valoriser les travaux de recherche qui permettent un meilleur accompagnement des personnes souffrant d'un ESPT.
4. Renforcer la formation et la documentation dans le domaine de la prise en charge et de la prévention des psychotraumatismes et des ESPT.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Drs Pascal Favré et Khalid Kalalou

Acteurs

- Centre de Psychothérapie de Saint-Denis - secteur 93G03
- CUMP et Service de psychiatrie du Pr. Baubet, HUSSD
- Professionnels des secteurs formés à la prévention et à la prise en charge des psychotraumatismes et des ESPT
- Projet de Maison des Usagers de l'EPS Ville-Evrard et son volet « offre psychothérapique »
- Formation Permanente
- DSI
- Collège des Psychologues

Moyens nécessaires

Création à moyens constants d'une UF à vocation supra-sectorielle au sein du 93G16 (0,5 ETP d'AMA et 1 ETP de psychologue)

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

1^{er} trimestre 2018

Fiche 5-2 **Jonction Axe 4** **EQUIPES MOBILES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES DE REPERAGE PRECOCE DES TROUBLES EMERGENTS DE L'ADOLESCENT**

Référents

- Drs Thibaud Ernouf, Pascal Favré, Laurence Stamatiadis

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention secondaire : Favoriser l'accès aux unités co-, inter- ou supra-sectorielles de prévention, dépistage et de soins précoces

Objectif opérationnel

- Projeter des consultations avancées de professionnels de la santé mentale dans des lieux recevant des adolescents et des jeunes adultes (établissements scolaires, missions locales, clubs de prévention spécialisée...) dans un but d'évaluation et d'orientation.
- Permettre l'évaluation et, si nécessaire, l'orientation vers les soins, d'adolescents et de jeunes adultes ne consultant pas spontanément dans les lieux de soins classiques ou les Maisons des adolescents (MDA).
- Cet objectif est en lien avec les objectifs stratégiques de l'axe 4

Descriptif de l'action

- Établir un partenariat entre plusieurs services de psychiatrie adulte et infanto-juvéniles volontaires pour s'inscrire dans une démarche commune de prévention secondaire.
- Écriture du projet médical de l'équipe mobile : objectifs, fonctionnement, adresseurs, lieux de consultation, publics cibles, territoires desservis.
- Recrutement des professionnels appelés à constituer les équipes

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Secteurs 93G01-G02, et G16

Acteurs

- Chefs de pôle de PIJ et PG
- Équipe ressource du Continuum Adolescents Jeunes Adultes (CAJA) de l'Axe 4
- CPT93
- CSSM du CTS93
- DIM
- Partenaires :
 - Missions locales
 - CLSM
 - Travailleurs sociaux, éducateurs de prévention spécialisés, PAEJ, ASE, PJJ
 - Éducation Nationale
 - Services Jeunesse

Moyens nécessaires

Première équipe constituée aux G01-G02 (0,5 ETP de psychiatrie, 1 ETP de psychologue)
Pilotage du projet et coordination avec la CPT93

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

1^{er} semestre 2018

Fiche 5-3 PARTENARIAT USAGERS ET FAMILLES

Référents

- Dr Véronique Daoud

Orientation stratégique définie par la feuille de route

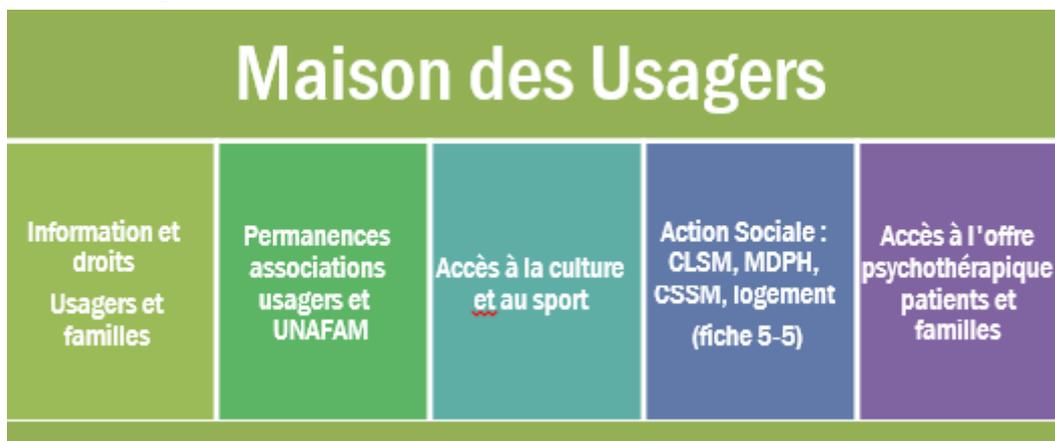
Prévention tertiaire : un projet de vie unissant les acteurs de la réhabilitation au profit d'un parcours de soin articulé au parcours de vie, tenant compte des usagers et de leurs familles.

Objectif opérationnel

1. Propositions diversifiées aux usagers en faveur de leur réhabilitation psychosociale et de leur qualité de vie
2. Accueil et partenariat avec les familles : information, formations, éducation thérapeutique, soins.
3. Travail de réseau avec les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) pour favoriser la réinsertion des usagers sur le territoire

Descriptif de l'action

1. Actions à déployer de façon transversale : Création d'une Maison des Usagers avec un poste local de coordinateur pour articuler :
 - a. L'accueil, l'information aux patients et à leurs familles
 - b. La visibilité et les permanences d'association dont l'UNAFAM, avec soutien à la création d'une association d'usagers de Ville Evrard et accès aux groupes d'entraide mutuelle
 - c. La qualité de vie à l'hôpital : Développement du service des sports, d'accès à la Cafeteria de Neuilly sur Marne, à la bibliothèque et à la culture.
 - d. L'accès à l'offre transversale de soins psychothérapeutiques diversifiée sur l'établissement, dont l'éducation thérapeutique (projet UTEP fiche 5-4 et profamille fiche 3-4 bis) et la thérapie familiale, pour les secteurs n'en possédant pas. Cet aspect sera inscrit dans une charte de bonnes pratiques pour permettre une cohérence avec la référence médicale des patients.
 - e. Le développement des propositions sur les sites relocalisés
 - f. Le dialogue avec les CLSM et leur développement.



2. Actions à déployer sur le territoire de chaque secteur :
 - a. Partenariat avec les familles, groupes familles
 - b. Partenariat avec les CLSM
 - c. Soutien à la création de Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Dr Véronique Daoud, en partenariat avec la DQRJU et la Coordination de l'Action Sociale

Acteurs

- CME
- Commission des Usagers (CDU)
- UNAFAM
- Chefs de pôle et cadres supérieurs de santé
- Service des sports de VE
- Cafétéria et bibliothèque des patients de VE
- Corpus
- CPT93
- CSSM du CTS93

Moyens nécessaires

1. Mi-temps de coordonnateur des actions de réhabilitation
2. 1 temps plein éducateur sportif supplémentaire pour le développement de l'activité sportive sur les sites de Neuilly sur Marne, et les sites relocalisés. Financements possibles à travers les projets Sport Santé
3. Proposition de permanences des partenaires de la Maison des Usagers sur les sites relocalisés.

Recensement et actualisation des soins psychothérapeutiques diversifiés de l'EPS dont propositions d'accueil des familles

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

1^{er} semestre 2018

Fiche 5-4 UNITE TRANSVERSALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (UTEP)

Référents

- Dr Pascal Favré

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention tertiaire : un projet de vie unissant les acteurs de la réhabilitation, avec une prise en charge globale comprenant le développement de l'éducation thérapeutique.

Objectif opérationnel

Création d'une Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient (UTEP) avec pour mission :

1. De coordonner les équipes de l'EPS Ville-Evrard déjà opérationnelle et de rendre visible leur offre
2. D'accompagner toutes les équipes de l'EPS Ville-Evrard engagées dans l'éducation thérapeutique ou souhaitant la développer
3. De favoriser l'accès à l'éducation thérapeutique pour l'ensemble des patients de l'EPS Ville-Evrard, notamment les secteurs n'en disposant pas.

Rappel : cette mesure avait été inscrite au projet médical 2013-2017

Descriptif de l'action

L'UTEP visera à :

1. **Coordonner l'offre d'ETP**
 - a. Favoriser les liens entre les équipes en intra et extrahospitalier, organiser des rencontres thématiques et colloques.
 - b. Faire connaître au sein des secteurs de l'EPS Ville-Evrard le contexte législatif et réglementaire de l'éducation du patient, et les modalités d'autorisation et de financement des activités, dans une perspective d'équité de l'accès aux soins.
 - c. Créer des pages intranet et internet dédiées à l'ETP.
 - d. Promouvoir le rôle des pharmaciens en éducation thérapeutique en santé mentale, et les partenariats avec les professionnels spécialisés en soins somatiques en matière d'ETP au sein de l'EPS.
2. **Développer l'offre d'ETP dans l'EPS Ville-Evrard**
 - a. Proposer un soutien méthodologique, pédagogique et organisationnel pour les projets de l'ensemble de l'EPS Ville-Evrard en matière d'ETP en psychiatrie. L'UTEP intervient auprès des équipes en appui à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'ETP validés par l'ARS :
 - Obtention des autorisations pour la mise en place de nouveaux projets ;
 - Évaluation des projets en cours (la rédaction du dossier de demande ou de renouvellement auprès de l'ARS).
 - b. Assurer la co-animation de groupes d'ETP au sein des secteurs de l'EPS Ville-Evrard.
 - c. Valoriser des activités éducatives ciblées déployées hors des programmes autorisés
 - d. Assurer une formation validante des professionnels de santé à Ville-Evrard en matière d'ETP, en conformité avec la réglementation en vigueur.
 - e. Valoriser la recherche à Ville-Evrard en matière d'éducation thérapeutique.
 - f. Promouvoir les technologies de l'information et de la communication ainsi que la télémédecine dans la démarche éducative.

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- 93G16 (Dr Pascal Favré), CRISTALES (Dr Isma Azibi) et 93G13 (PROFAMILLE)

Acteurs

- CME
- Maison des Usagers et DQRJU
- Pôles CRISTALES, 93G03 et 93G13
- Chefs de pôles et cadres supérieurs de santé
- Professionnels de l'EPS formés à l'ETP
- CPT93
- ARS-IF et DD93

Moyens nécessaires

1. Recensement des professionnels formés et information sur les programmes débutés auprès des secteurs de l'EPS pour recrutement de patients. Initiation à moyens constants
2. Puis crédits demandés en fonction de l'activité et des programmes développés (estimation à réaliser en fonction de la file active de départ)

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

Premier programme labellisé ARS : 1^{er} semestre 2018

Fiche 5-5 AMELIORER LA COORDINATION ENTRE ACTION SOCIALE ET SANTE MENTALE

Référents

- Drs Véronique Daoud et Clara Kayser, Mme Nathalie Bompays

Orientation stratégique définie par la feuille de route

Prévention tertiaire : un projet de vie articulé au projet de soins, unissant les acteurs de la réhabilitation

- Amélioration du partenariat avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)
- Favoriser l'accès au logement adapté

Objectif opérationnel

1. Mettre en place une **instance de coordination** EPS de Ville-Évrard (EPSVE) – MDPH – secteur social.
2. Créer un **mi-temps de coordonnateur de réseau** clairement identifié (complétant le mi-temps sur la Maison des Usagers) et renforçant le pôle action sociale de la maison des usagers.
3. Renforcer, via le partenariat avec les CLSM et la CSSM du CTS93, **l'accès au logement** (un des facteurs de la tension capacitaire actuelle)

Descriptif de l'action

Les missions de l'instance de concertation et de son coordinateur seront :

1. L'amélioration du traitement des dossiers (exhaustivité du remplissage, contenu, délai), veille à l'adéquation entre tableau clinique et demande transmise à la MDPH
2. L'invitation des référents médicaux aux réunions EPSVE-MDPH : Traitement des dossiers critiques et situations complexes
3. L'articulation avec les ESMS pour les critères d'éligibilité d'admission dans les structures et les listes d'attente (priorisation)
4. La mise en place de réunions internes à l'EPSVE de concertation avec les différents pôles sur les situations complexes (hébergement, logement, travail, compensation du handicap).
5. Le travail d'évaluation : évaluation des besoins des usagers de notre territoire, corrélation avec l'existant.
6. L'animation des partenariats avec les CLSM
7. Via la CSSM du CTS93, développer une politique de partenariat dans le domaine du logement pour favoriser la réinsertion des personnes : développer l'accès au logement de droit commun et à l'hébergement médico-social, renforcer l'offre dans ce domaine et conventionner les partenariats entre bailleurs, ESMS et EPS Ville-Evrard.

Ils seront basés au sein de la Maison des Usagers

Identification du porteur et des acteurs à mobiliser

Porteurs

- Co-animateurs : Dr Daoud (PG) et Dr Kayser (PIJ), Mme Bompays (CAS-VE)
- Le pôle ou le service administratif de rattachement restent à déterminer.

Acteurs

- DG, DQRJU
- Maison des usagers
- Service des Majeurs Protégés
- CME, CDU
- Chefs de Pôle et Cadres Supérieurs de Santé

- Responsables médicaux et cadres d'Appartements Thérapeutiques
- DIM et département d'études sociologie santé mentale
- UNAFAM
- MDPH
- ESMS
- CPT93
- ARS-IF et DD93
- Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS)
- CSSM du CTS 93 et les CLSM

Moyens nécessaires

1. Démarrage : 1 demi-journée hebdomadaire de psychiatre PG, 1 demi-journée hebdomadaire de psychiatre PIJ, 1 réunion mensuelle avec un cadre, secrétariat et saisine actuelle assurés par la CAS-VE
2. Diffusion des modalités de saisine et d'un calendrier prévisionnel des séances
3. Recrutement d'un 0,5 ETP de coordinateur, complétant les 0,5 ETP de la MDU
4. Participation à la plateforme du logement inclusif

Calendrier prévisionnel et étapes nécessaires

1. Novembre 2017 :
 - mise en place de l'instance de coordination
 - démarrage des réunions « cas complexes »
 - réunions à la CDAPH
2. 1^{er} semestre 2018 :
 - diagnostic par pôle des patients au long cours (orientation et attente d'hébergement) et des situations complexes (PG),
 - diagnostic des situations « sans solution institutionnelle» (PIJ)
 - choix des indicateurs
 - choix des outils partagés avec la MDPH

références

- ¹ Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de réforme de notre système de santé. JORF 0022 du 27 janvier 2016
- ² Ministère de la Santé (1960). *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*
- ³ EPS Ville Evrard. (2013). *Projet d'Établissement de l'EPS Ville Evrard 2013-2017 Document de synthèse présenté aux instances*. Neuilly-sur-Marne.
- ⁴ Site de l'Observatoire Régional de Santé en Ile de France : <http://www.ors-idf.org>
- ⁵ Direction des Affaires Financières (2016). EPS Ville-Evrard.
- ⁶ DRIHL Services des observatoires, des études et de l'évaluation. (2012). PAUVRETÉ, PRÉCARITÉ, HÉBERGEMENT, LOGEMENT : LES DONNÉES DE RÉFÉRENCE EN ILE-DE-FRANCE au 31/12/2010. *Repères* ; 11.
- ⁷ Madec P. (2016). Quelle mesure du coût économique du mal-logement. *Revue de l'OFCE*, 146 : 125-155.
- ⁸ Site de l'Institut de l'Aménagement Urbain : <http://www.iau-idf.fr/>
- ⁹ Sagot M (2010). Arrivées de l'étranger : l'Ile-de-France attire des jeunes qualifiés. *INSEE. Ile de France à la page*. N° 343.
- ¹⁰ Bidoux PE, Virot P (2011). L'accès à l'emploi et au logement s'améliore pour les immigrés à Paris mais les inégalités et les discriminations persistent. *INSEE. Ile de France à la page*. N° 376.
- ¹¹ Claude Martin. (2013). « Désaffiliation », *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie. URL : <http://sociologie.revues.org/1606>
- ¹² Monod G. (2016). Les candidats au Djihad sont loin de la religion. *Le Monde* édition du 19 juillet 2016
- ¹³ Mauger L (2016). La fierté du Shérif. *Revue 6 mois* n° 11 : 68-73
- ¹⁴ Ministère Chargé de la Santé, Ministère Chargé des Solidarités (2011). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*. Paris.
- ¹⁵ Boiteau K, Baret C (2016) Gérer la transition générationnelle en hôpital psychiatrique. *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*. Vol XXII (56) : 187-210
- ¹⁶ UNAFAM (2016). *Les positions de l'UNAFAM en matière de soins et de recherche en psychiatrie et santé mentale*. Paris.
- ¹⁷ Union Sociale Pour l'Habitat (2006). Les Habitants. L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des difficultés de santé mentale. *Les Cahiers n°103 Les collections d'actualités habitat*.
- ¹⁸ Ernout, A., & Le Grand-Sébille, C. (2010). *Parents de grands adolescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie : Quels vécus ? Quels Besoins ? Quelle violence ? Quels soutiens ?* Paris.
- ¹⁹ Trouvé, M., & Claudel, H. (2011). Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF. *L'Information Psychiatrique*, 87, 89-94.
- ²⁰ Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, Kahvedjian A, Lana P, Guedj MJ. (2014). [Decision of emergency involuntary hospitalization: categorical or dimensional approach?]. *Encephale*. 40(3):247-54.
- ²¹ Bonsack, C., Haefliger, T., Cordier, S., & Conus, P. (2004). Access to care and maintenance in the community of persons who are difficult to engage in psychiatric treatment. *Rev Med Suisse Romande*, 124(4), 225-229.
- ²² Département d'Information Médicale. EPS Ville-Evrard 2016.
- ²³ Bonsack, C., Pfister, T., Conus, P., Universitaire, D., Adulte, D. P., Gery, S. De, & Lausanne, P.-. (2006). Insertion dans les soins après une première hospitalisation. *L'Encéphale*, 32(1), 679-685.
- ²⁴ Damsa, C., Clemente, T. Di, Massarczyk, O., Vasilescu, M. C., Haupt, J., Predescu, A., ... Pull, C. (2003). L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques*, 161, 693-699.
- ²⁵ Poupard A, Barat C. (2016). *Observatoire National des Violences en Milieu de Santé : rapport annuel 2014*. Direction Générale de l'Organisation des Soins, Ministère de la Santé. Paris.
- ²⁶ Serra, E., Saravane, D., Beauchamp, I. De, Pascal, J., Peretti, C., & Boccard, E. (2007). La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès des PH chefs de service de psychiatrie générale et de pharmacie. *Douleur et Analgésie*, (2), 96-101. <http://doi.org/10.1007/s11724-007-0036-5>
- ²⁷ Frassati, D. (2014). SITUATION DE CRISE. TRANSITION ENFANT-ADULTE DANS LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE. In *Journée de formation DI de causes rares* (pp. 1-106). Lyon.
- ²⁸ Saravane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., ... Azorin, J. M. (2009). Elaboration De Recommandations Pour Le Suivi Somatique Des Patients Atteints De Pathologie Mentale Sévère. *Encéphale*, 35(4), 330-339.
- ²⁹ Instruction DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap.
- ^{xxx} Purper-Ouakil, D. (2015). La transition vers la psychiatrie d'adultes. Le projet MILESTONE. In *Continuum. Transition entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie adulte*. Lille.

-
- ^{xxxi} Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Plan d'Action pour la Santé Mentale 2013-2020. Genève.
- ^{xxxii} Blondeau, C., Nicole, L., & Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico-Psychologiques*, 164(10), 869–876.
- ^{xxxiii} Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé Mentale Au Québec*, 30(2), 15.
- ^{xxxiv} UNAFAM. (2013). Troubles psychiques : la parole aux familles. Paris.