

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DU VAL D'OISE

Feuille de route finale

Décembre 2020

SOMMAIRE

Introduction.....	5
Précisions sur la présentation.....	6
I. Méthodologie de réalisation de la feuille de route.....	8
1. Cadrage de la démarche	8
a. Gouvernance	8
b. Organisation thématique des travaux.....	8
2. Stabilisation des éléments issus des travaux de diagnostic	9
3. 1 ^{ère} session de travail des groupes : priorisation des actions.....	10
4. 2 ^{ème} session de travail des groupes : déclinaison opérationnelle des actions prioritaires	10
5. Finalisation et restitution de la feuille de route	11
II. Présentation de la feuille de route du PTSM.....	12
1. Axe 1 – Le repérage et l'accès aux soins psychiques	12
a. Exposé de la problématique	12
b. Actions prioritaires (8 actions).....	12
c. Actions complémentaires	13
2. Axe 2 – La prévention et gestion des situations de crise et des situations d'urgence	14
a. Exposé de la problématique	14
b. Actions prioritaires (4 actions).....	14
3. Axe 3 – Les parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	15
a. Exposé de la problématique	15
b. Actions prioritaires (6 actions).....	15
c. Actions complémentaires	16
4. Axe 4 – La coordination des acteurs de soins ville – hôpital.....	17
a. Exposé de la problématique	17
b. Action prioritaire (1 action).....	17
5. Axe 5 – Les actions sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	17
a. Exposé de la problématique	17
b. Actions prioritaires (5 actions).....	18
c. Actions complémentaires	18
IV. Fiches actions	19
1. Le repérage et l'accès aux soins psychiques	19

a.	Repérage, orientation et prise en charge précoce.....	19
b.	Accès aux soins psychiques – Généralités.....	21
d.	Accès aux soins psychiques en périnatalité	24
e.	Accès aux soins psychiques en pédopsychiatrie	26
g.	Accès aux soins psychiques pour les adultes	28
h.	Accès aux soins psychiques pour les publics spécifiques	30
i.	Accès aux soins psychiques en ESSMS	34
2.	La prévention la gestion des situations de crise et des situations d'urgence	36
a.	Prévention et gestion des situations de crise	36
b.	Coordination des acteurs de la réponse à l'urgence.....	41
c.	Prévention de la récurrence suicidaire et suivi post urgence	43
3.	Les parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes.....	46
a.	Accès aux accompagnements médico-sociaux	46
b.	Coordination des parcours et des acteurs en santé mentale	49
c.	Pair aidance	52
d.	Accès à / maintien dans la scolarité.....	55
e.	Accès à / maintien dans l'emploi	57
f.	Soutien aux aidants et aux proches	59
4.	La coordination des acteurs de soins ville - hôpital	62
5.	L'action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	65
a.	Cadre de vie / Logement.....	65
b.	Information en santé mentale / lutte contre la stigmatisation.....	68
c.	Prévention en milieu éducatif et scolaire	70
d.	Prévention de la souffrance psychique au travail	73
e.	Les outils numériques en santé mentale	75
VI.	Annexes.....	77
1.	Synthèse des porteurs d'actions.....	77
2.	Glossaire des principaux sigles utilisés.....	80
3.	Composition des groupes de travail d'élaboration de la feuille de route	82
a.	GT1 – Accès aux soins psychiques	82
b.	GT2 – Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	82
c.	GT3 – Parcours de vie et de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes / Accès aux soins somatiques.....	83

d. GT4 – Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.....	84
---	----

INTRODUCTION

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées par des problèmes de santé mentale à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, émane de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 et a depuis lors été précisé par un décret d'application publié en juillet 2017 et une circulaire ministérielle publiée en juin 2018.

La démarche du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) comprend trois phases :

- La réalisation du diagnostic territorial partagé avec tous les acteurs de la santé mentale ;
- L'élaboration d'actions visant à répondre à ce diagnostic sur cinq années ;
- La rédaction d'un Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) entre l'ARS et les acteurs du territoire. Il définit les missions, les engagements, les moyens, les modalités de suivi et d'évaluation des acteurs pour mettre en œuvre le PTSM.

Le PTSM doit être élaboré par l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les représentants des usagers, des politiques de la ville, des collectivités territoriales, ainsi que des conseils locaux de santé (CLS) et des conseils locaux de santé mentale (CLSM), car la politique de santé mentale est conçue comme une action globale et comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale qui doivent associer un large panel d'acteurs.

Le PTSM doit tenir compte des spécificités du territoire, de l'offre de soins et de services. Il précise les modalités d'accès aux soins et aux accompagnements, aux techniques de soin et d'accompagnement les plus actuelles, quels que soient les troubles psychiques concernés.

S'agissant du Val d'Oise, le périmètre retenu pour le PTSM est celui du département. Un diagnostic départemental préalable au PTSM a été mené en concertation ~~avec plus de 230 acteurs du territoire~~ entre juin 2018 et février 2020.

Le décret du 27 juillet 2017 fixe six priorités à traiter dans le cadre des PTSM :

- L'organisation des conditions du **repérage précoce** des troubles psychiques, et **l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux** ;
- L'organisation d'un **parcours de santé et de vie** de qualité et **sans rupture**, en vue du **rétablissement** et de **l'inclusion sociale** des personnes souffrant de troubles psychiques graves ;
- L'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des **soins somatiques adaptés** à leurs besoins ;
- L'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations **de crise et d'urgence** ;
- L'organisation des conditions du **respect et de la promotion des droits** des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur **pouvoir de décider** et d'agir et la **lutte contre la stigmatisation** de ces troubles ;
- L'organisation des conditions d'action sur les **déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux** de la santé mentale.

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France s'est fixée, au travers du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022, plusieurs objectifs prioritaires en matière de santé mentale :

- Faire de **l'intervention précoce** le fil conducteur des organisations

- Faire du **domicile** le centre de gravité du parcours
- Faire de la **continuité des parcours** le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques
- Agir pour des pratiques orientées « **rétablissement** »
- Mobiliser pour inventer la **psychiatrie de demain**
- Soutenir la **Cité promotrice de santé** et renforcer la **citoyenneté** des personnes

Le PTSM du Val d'Oise entend donc couvrir prioritairement les six axes prioritaires du décret du 27 juillet 2017, tout en prenant en compte les priorités régionales en matière de santé mentale.

Ce PTSM a été élaboré entre juin 2018 et décembre 2020, en deux phases, la première pour le diagnostic et la seconde pour l'élaboration de la feuille de route. **Le travail de diagnostic** a mobilisé plus de 230 acteurs du territoire **et le travail sur la feuille de route**, qui s'est fait dans un contexte de crise sanitaire ne rendant pas possibles autant de modalités de travail en présentiel que prévu, plus de 90. L'ensemble de la démarche a permis des échanges riches entre différents secteurs d'intervention en santé mentale.

PRECISIONS SUR LA PRESENTATION

La feuille de route du PTSM du Val d'Oise comprend **25 actions** prioritaires réparties au sein de 5 axes thématiques.

 Priorisation	Les actions ont été classées en deux rubriques « actions prioritaires » et « actions complémentaires », à l'issue d'un travail de concertation entre les acteurs impliqués dans l'élaboration du PTSM. Seules les actions prioritaires font, à ce stade, l'objet de fiches actions. Les actions complémentaires ne sont pas écartées, mais il est apparu soit qu'elles manquaient de pistes de travail opérationnelles, soit qu'elles étaient moins urgentes. Ces actions pourront être approfondies durant les 5 années du PTSM.
 Couverture territoriale	Si le PTSM vise à définir un cadre d'action départemental, sa mise en œuvre nécessite de procéder par étapes : des infra territoires devront être identifiés pour expérimenter les actions, dans l'objectif de les diffuser dans un second temps dans l'ensemble du département.
 Temporalité	Les actions prioritaires sont présentées dans la partie III en format fiche action. Ces fiches actions définissent l'ensemble des modalités de mise en œuvre de l'action et donnent à voir les étapes nécessaires. Un calendrier est précisé : celui-ci ne peut avoir qu'un caractère indicatif, la temporalité des actions étant propre à chaque structure et aux moyens disponibles.



Rôle des acteurs

Certains porteurs d'action se sont déjà positionnés, d'autres, qui sont encore à confirmer, ne sont pas mentionnés dans les fiches actions.

La rubrique « contributeurs » recense les structures que le groupe de travail a estimées pertinentes à associer. Néanmoins, leur implication dans les actions dépendra de leur adhésion et sera à confirmer.

I. METHODOLOGIE DE REALISATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

La démarche d'élaboration du PTSM a été initiée par le Conseil Territorial de Santé (CTS95) et sa **Commission Spécialisée en Santé Mentale** (CSSM). Le cabinet Acsantis, spécialisé dans l'accompagnement des projets territoriaux sanitaires et médico-sociaux, a été mandaté par la CSSM pour accompagner le déroulement opérationnel des travaux.

La feuille de route du PTSM du Val d'Oise a été élaborée entre février et décembre 2020, selon la méthodologie suivante.

1. CADRAGE DE LA DEMARCHE

Une réunion de cadrage a été organisée pour lancer la démarche, avec la chefferie de projet et la délégation départementale de l'ARS.

Le cabinet Acsantis, a présenté sa proposition de méthodologie, qui a pu être ajustée aux attentes des acteurs et au contexte de crise sanitaire.

a. Gouvernance

Dès la phase de diagnostic, aux côtés du président du CTS95 et de la délégation départementale de l'ARS, la CSSM s'est élargie en **comité de pilotage** (COPIL) en charge de la validation des travaux.

Pour la conduite des travaux sur la feuille de route, un **comité technique** (COTECH) a été mis en place. Quatre de ses membres, ont constitué, auprès de la délégation départementale de l'ARS, la **chefferie de projet** en charge du suivi de la démarche en lien avec le cabinet Acsantis :

- Dr Dominique CARAGE, Présidente de la Commission spécialisée santé mentale du CTS 95, bénévole de l'Union départementale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM 95) ;
- Dr Christophe LAMISSE, Chef de pôle de psychiatrie et santé mentale, Chef de département de psychiatrie générale du centre hospitalier d'Argenteuil, Président de la Commission départementale des soins psychiatriques du Val d'Oise ;
- Dr Anne ROZENCWAIG, Chef de Pôle de psychiatrie infanto-juvénile du centre hospitalier de Gonesse ;
- Mme Sophie MELAN, Pilote de la MAIA et du DAC Val d'Oise Sud, association Joséphine.

Deux correspondants de la **DD ARS 95** ont accompagné les travaux : M Franck LAVIGNE et le Dr Laure KERVEDEC.

b. Organisation thématique des travaux

Le premier temps de la démarche a été consacré à la remobilisation des acteurs et la constitution des groupes de travail.

4 groupes de travail ont été mis en place afin de traiter les thématiques prioritaires définies par le décret du 27 juillet 2017. Un ou deux pilotes par groupes ont été identifiés par la chefferie de projet.

Au regard de la mobilisation importante lors des travaux de diagnostic (jusqu'à 80 participants et jusqu'à 6 co-pilotes pour chaque groupe), un maximum de 20 participants a été préconisé par le cabinet Acsantis, afin de favoriser des conditions de travail participatives en vue de l'élaboration d'actions opérationnelles. Il a été néanmoins annoncé aux participants qu'ils restaient en charge de faire le lien entre les travaux de groupes et leurs structures.

Les groupes ont été constitués par la chefferie de projet et les pilotes. Acsantis a appuyé la démarche en proposant un « canevas » des typologies d'acteurs à associer à chaque groupe en fonction de leurs thématiques. Un panel de secteurs professionnels était donc représenté dans les groupes. La limite, comme dans la phase de diagnostic, réside dans la faible mobilisation des acteurs libéraux et des élus.

Le secrétariat de l'UNAFAM 95 a été mobilisé pour la prise de contact avec les acteurs.

Groupes thématiques		Pilotes	Effectifs
GT1	Accès aux soins psychiques (repérage, accès au diagnostic et aux soins)	Mme Pauline MAISONNEUVE, Directrice des affaires médicales et des coopérations territoriales, CH d'Argenteuil	21
GT2	Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	Mme Hélène DOMISSE, Cadre supérieur de santé, CH d'Argenteuil	18
GT3	Parcours de vie et de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes Accès aux soins somatiques	Mme Carole FOUQUES, Directrice d'établissements, association HEVEA	26
GT4	Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	Mme Adeline ATTETALLAH, Coordinatrice du CLSM de Val Paris Mme Geneviève GAGNEUX, Coordinatrice du CLSM de Cergy-Pontoise	22

2. STABILISATION DES ELEMENTS ISSUS DES TRAVAUX DE DIAGNOSTIC

Un grand nombre de pistes d'actions avaient émergé de la phase diagnostique des travaux. En amont de la remobilisation des groupes, une première étape a consisté en la **synthétisation et la priorisation** de ces pistes actions.

Un travail de bureau a été réalisé par Acsantis durant les mois de juin et juillet 2020 afin de :

- Identifier les pistes d'actions au sein de chaque axe thématique du diagnostic ;
- Chasser les doublons et les pistes correspondant davantage à des objectifs généraux qu'à des actions opérationnelles ;
- Proposer une première priorisation au regard des objectifs des PTSM privilégiant les actions de coordination territoriale aux actions visant l'évolution interne d'un établissement ou d'un secteur d'intervention.

Des **plans d'actions provisoires** ont été proposés à partir de ce travail et retravaillés avec les pilotes de groupes et un représentant de la chefferie de projet, en visioconférences.

3. 1^{ÈRE} SESSION DE TRAVAIL DES GROUPES : PRIORISATION DES ACTIONS

Ces plans d'actions provisoires ont constitué les éléments d'entrée de la première session de travail des groupes thématiques, qui s'est déroulée en septembre 2020.

En raison de la crise sanitaire, les modalités de travail ont dû être adaptées pour se faire à distance.

L'enjeu de cette première session visait à prioriser les actions, encore nombreuses, par souci de lisibilité et de mise en œuvre du PTSM, et afin de pouvoir associer des acteurs institutionnels du territoire comme porteurs de chaque action sans les sur-solliciter.

Un questionnaire a été proposé aux membres de chaque groupe, à deux reprises. Ces questionnaires étaient inspirés de la méthode Delphi, technique de communication structurée développée à l'origine comme une méthode de prospection systématique et interactive se basant sur un panel d'experts.

- La 1^{ère} itération visait à demander à chaque participant de classer les actions à partir de leur propre point de vue sur :
 - La **faisabilité** de l'action, au regard de leur connaissance du territoire et des moyens existants ;
 - La **pertinence** de l'action pour répondre à l'objectif visé ;
 - Le **niveau d'urgence** de mise en œuvre de l'action sur le territoire.
- La 2^{ème} itération leur présentait les résultats collectifs obtenus et une synthèse des commentaires apportés à chaque piste d'action, et leur demandait de reclasser les actions tenant compte de ces résultats.

À l'issue de ce travail, **5 à 8 actions prioritaires** ont pu ressortir pour chaque groupe thématique.

Les actions non retenues n'ont pas été écartées, mais ne font pas fait l'objet d'une fiche action. Elles sont présentées pour chaque axe thématique dans une rubrique « **actions complémentaires** », et pourront faire l'objet d'un travail de précision tout au long de la mise en œuvre du PTSM. Certains axes thématiques ne comportent pas d'actions complémentaires, soit parce que les participants ont estimé que les actions non prioritaires n'étaient pas pertinentes, soit parce que ces actions ont été facilement intégrées à d'autres actions prioritaires.

Cette modalité de travail à distance s'est révélée très constructive : des consensus se sont très nettement dégagés, et les participants ont pu apporter des commentaires très riches qui ont alimenté la phase suivante de rédaction des fiches actions. Néanmoins, la 2^{ème} itération a reçu moins de réponses que la 1^{ère}.

À l'issue de ce travail, un **débriefing avec la DD ARS et la chefferie de projet** a été organisé le 6 octobre 2020, afin de consolider les plans d'actions.

Les plans d'actions ainsi obtenus ont été transmis à l'ensemble des participants, en amont de l'étape suivante.

4. 2^{ÈME} SESSION DE TRAVAIL DES GROUPES : DECLINATION OPERATIONNELLE DES ACTIONS PRIORITAIRES

La deuxième phase de travail des groupes a consisté en des réunions présentiels.

4 réunions ont été organisées, pour chacun des groupes thématiques, les 13 et 15 octobre 2020, au Centre hospitalier d'Argenteuil, à la DD ARS et à la Communauté d'agglomération de Cergy. Le GT3, en raison de la richesse et du nombre d'actions à traiter, a nécessité un deuxième temps de réunion en visioconférence le 3 novembre.

Ces réunions ont été préparées et coanimées par Acsantis et les pilotes de groupe.

L'objectif attendu était le **recueil d'éléments** pour chaque action retenue comme prioritaire, **en vue de la rédaction des fiches actions** :

- Les précisions sur les enjeux et le contenu de l'action ;
- Les porteurs : institutions garantes de l'orchestration et de la réalisation de l'action ;
- Les contributeurs : acteurs / institutions associés à la mise en œuvre de l'action, pour leur savoir-faire et leurs ressources ;
- Les étapes principales de l'action, déclinées de façon simple et opérationnelle ;
- Le calendrier de l'action, si pertinent ;
- Les points d'attention, de vigilance : risques à envisager, recommandations, liens éventuels avec les autres actions du PTSM ou du territoire.

Les fiches actions ont ensuite été rédigées par Acsantis, puis proposées à la chefferie de projet et aux pilotes. Les échanges ont été nombreux et ont permis des fiches actions riches, précises et de qualité.

Ces fiches actions ont été envoyées à chaque participant du groupe concerné, en vue de recueillir leurs retours.

5. FINALISATION ET RESTITUTION DE LA FEUILLE DE ROUTE

Un deuxième temps de **débriefing entre la DD ARS et la chefferie de projet** a été organisé le 19 novembre 2020, en vue de consolider la feuille de route finale : il a permis des arbitrages sur les portages, sur le regroupement de certaines actions, ou sur des points de mise en œuvre de certaines actions.

La feuille de route ainsi obtenue a été transmise par la chefferie de projet au **comité de pilotage** le 3 décembre 2020. Les retours ont été traités par échange de mails.

Une **séance plénière de restitution** a été organisée le 15 décembre 2020. Cette séance a pu mettre en présence les intervenants (ARS Ile-de-France, DD ARS 95, Conseil territorial de santé du 95, chefferie de projet, pilotes de groupes, et quelques porteurs d'action) à la Fondation Chaptal. Elle était transmise en visioconférence à un grand nombre d'acteurs du territoire, avec l'organisation de questions – réponses selon un format webinaire.

Cette séance a permis de présenter la feuille de route aux membres du **Conseil Territorial de Santé** et des **CLSM**, en vue de recueillir leur avis avant transmission au Directeur Général de l'ARS Ile-de-France.

II. PRESENTATION DE LA FEUILLE DE ROUTE DU PTSM

La feuille de route du PTSM du Val d'Oise comprend **25 actions** réparties au sein de 5 axes thématiques.

1. AXE 1 – LE REPERAGE ET L'ACCES AUX SOINS PSYCHIQUES

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- Le repérage et l'intervention précoce
- L'accès aux diagnostic et au suivi psychiatrique
- L'organisation de l'accès aux expertises existant au niveau départemental et régional
- L'appui du partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux

b. Actions prioritaires (8 actions)

Sous thème	Objectif	Action
Repérage, orientation et prise en charge précoce	Diversifier les solutions envisageables pour l'orientation des personnes à la suite du repérage de troubles psychiques	1.1. Réaliser un bilan territorial de l'expérimentation du dispositif Ecoute'Emoi afin d'améliorer son développement dans le département et de lever les freins qui ont été constatés
Accès aux soins psychiques - Généralités	Renforcer la mobilité des soins psychiques	1.2. Développer des équipes mobiles permettant l'« aller vers » des soins en santé mentale, par publics cibles (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en priorisant les besoins (repérage, intervention précoce, gestion de crises) et en s'appuyant sur le réseau des partenaires
Accès aux soins psychiques en périnatalité	Renforcer les dispositifs de prise en charge des difficultés psychiques en périnatalité	1.3. Renforcer les espaces de soins de psychiatrie périnatale (consultations, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles) pour la prise en charge des troubles des interactions précoces
Accès aux soins psychiques en pédopsychiatrie	Développer l'offre de prise en charge ambulatoire infanto-juvénile	1.4. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents, en accueil de jour proposant des activités en groupe (CATTP, hôpitaux de jour...)

Accès aux soins psychiques pour les adultes	Éviter les ruptures autour de l'entrée dans l'âge adulte dans les parcours de soin	1.5. Envisager la création de dispositifs psychiatriques ambulatoires spécifiques aux 16-25 ans, déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs du parcours du jeune , afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales
Accès aux soins psychiques pour les publics spécifiques	Améliorer l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie	1.6. Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département
	Améliorer la mobilité des soins psychiatriques vers les personnes précaires	1.7. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du département. Renforcer la coordination des acteurs de la précarité , en impliquant les élus par le biais des CLSM du département, et en créant un comité de pilotage des EMPP du département, en lien avec la coordination régionale
Accès aux soins psychiques en ESSMS	Améliorer l'accès aux soins psychiques en établissements et services sociaux et médico-sociaux	1.8. Déployer des dispositifs de télémédecine en psychiatrie vers les ESSMS du département (EHPAD, établissements sociaux et, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)

c. Actions complémentaires

- Renforcer l'**attractivité du territoire pour les postes en psychiatrie**, et la promotion des carrières hospitalières en psychiatrie sur le territoire (venue des internes, installation et fidélisation des PH) : action à construire avec la mobilisation de tous les acteurs concernés (Ministères, ARS, facultés, internes, hôpitaux, conseil départemental...)
- **Organiser la coopération et l'articulation entre les filières de soins** :
 - L'addictologie et la psychiatrie
 - La neurologie et la psychiatrie
 - La gériatrie et la psychiatrie
 - Les services de maternité et la psychiatrie
- Dédier des **lits en maternité**, hors T2A, pour la prolongation de séjours de dyades mère-bébé **d'indication pédopsychiatrique ou psychiatrique**
- Envisager la création d'une **unité pédopsychiatrique d'hospitalisation temps plein mère-bébé pour le nord de la région Ile-de-France**
- Développer 2 **plateformes dédiées aux troubles spécifiques du langage et des apprentissages** (TSLA) : 1 pour l'Est et le Sud du Val d'Oise, portée par le GHT Sud Val D'Oise – Nord Hauts-de-Seine, qui couvrira les bassins de vie d'Eaubonne-Montmorency, Argenteuil et Gonesse ; 1 pour l'Ouest du Val d'Oise, portée par Pontoise, qui couvrira le bassin de vie de Pontoise et Beaumont-sur-Oise et du Vexin.

- Étendre les **plateformes de coordination et d'orientation pour les troubles neurodéveloppementaux** (PCO TND) de Gonesse et de Pontoise, aux enfants de 7 à 12 ans.
- Développer quantitativement les **lieux de cure et les hôpitaux de jour en alcoologie** dans le département

2. AXE 2 – LA PREVENTION ET GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET DES SITUATIONS D'URGENCE

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- La prévention des situations de crise
- L'aller vers des acteurs de la santé mentale pour la gestion des situations de crise
- L'organisation de la permanence des soins psychiatriques
- L'organisation de la réponse à l'urgence psychiatrique en lien avec les / au sein des urgences générales
- Le suivi en sortie d'hospitalisation post-urgence
- La prévention de la récurrence suicidaire

b. Actions prioritaires (4 actions)

Sous thème	Objectif	Action
Prévention et gestion des situations de crise	Améliorer la graduation des soins pour éviter le recours systématique aux urgences face aux situations de crise	2.1. Structurer les parcours des personnes en situation de crise , en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, médecins généralistes, réponse téléphonique, télémédecine, équipes mobiles, cellule de crise pour adolescents, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités
	Renforcer les compétences des personnes concernées et des proches	2.2. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département, qui ont un impact sur le taux de rechute
Coordination des acteurs de la réponse à l'urgence	Renforcer la coordination des acteurs de l'urgence dans le département	2.3. Réviser le protocole départemental concernant le transport des personnes sans consentement , et promouvoir son intégration dans le futur schéma départemental des urgences psychiatriques adultes du val d'Oise

Prévention de la récidive suicidaire et suivi post urgence	Améliorer le suivi post urgences en cas de geste suicidaire	2.4. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans , une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire, en aval de leur passage aux urgences
--	---	--

3. AXE 3 – LES PARCOURS DE VIE ET DE SANTE SANS RUPTURE EN VUE DU RETABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation de parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- Le handicap psychique : accès aux dispositifs spécifiques
- La coordination psychiatrie / social / médico-social
- La prévention des ruptures : transitions adolescence – âge adulte – vieillesse, mobilités géographiques
- La réhabilitation psychosociale : développement des compétences et outils en réhabilitation sur le département, en psychiatrie et dans le lien avec les partenaires sociaux et médico-sociaux
- L'accès à et le maintien dans la scolarité, la formation, l'emploi,
- L'accès à et le maintien dans le logement
- L'accès à la culture et aux loisirs
- Le soutien aux familles et aux aidants

b. Actions prioritaires (6 actions)

Sous thème	Objectif	Action
Accès aux accompagnements médico-sociaux	Renforcer la mise en pratique d'une logique de parcours dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques	3.1. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté, pour les enfants et les adultes ; et favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation
Coordination des parcours et des acteurs en santé mentale	Améliorer l'interconnaissance, l'acculturation et la coordination entre les acteurs du parcours en santé mentale	3.2. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les 3 dispositifs d'appui à la coordination en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et dans la gestion des cas complexes

Pair aideance	Renforcer l'intégration des pairs aidants dans les soins et les accompagnements	3.3. Renforcer les synergies entre les groupes d'entraide mutuelle ainsi que leur autonomie de fonctionnement et favoriser le recrutement et l'intégration de pairs aidants et de médiateurs de santé pairs au sein des équipes
Accès à / maintien dans la scolarité	Développer des coopérations entre l'Éducation nationale et les acteurs de la santé mentale	3.4. Soutenir les acteurs de l'Éducation Nationale pour l'accompagnement des enfants et adolescents présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire, et renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins-études)
Accès à / maintien dans l'emploi	Améliorer l'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques	3.5. Développer des partenariats et dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi , en associant les dispositifs spécialisés et du droit commun
Soutien aux familles et aux aidants	Intégrer le soutien à la famille dans l'accompagnement	3.6. Développer des dispositifs d'accompagnement et de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques dès le repérage, tout au long du parcours et dans les situations de crise

c. Actions complémentaires

- Mener des actions de **formation / information des médecins (généralistes et psychiatres) en matière de rédaction des certificats médicaux pour la MDPH** et favoriser la transmission des décisions prises par la MDPH aux médecins à l'origine des dossiers
- Mettre en place une fonction de **coordinateur / référent de parcours**, en dehors des institutions de première ligne dans l'accompagnement, en charge de veiller à la fluidité des relais et à la prévention des ruptures
- Soutenir et diffuser les **actions menées par les CLSM auprès des bailleurs** et des gardiens d'immeubles pour favoriser le maintien dans le logement
- Mettre en place des **journées de stage en psychiatrie pour les internes en médecine générale** du département, en lien avec les maîtres de stage en médecine générale du Val d'Oise et les responsables des DES de médecine générale de la région
- Élaborer un état des lieux de la **présence des assistants de service social** et renforcer leur présence dans les différents secteurs de psychiatrie, pour mieux évaluer l'accès aux droits sociaux des patients pendant l'hospitalisation de façon à éviter les ruptures de soins

4. AXE 4 – LA COORDINATION DES ACTEURS DE SOINS VILLE – HOPITAL

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- La formation en santé mentale des acteurs du premier recours
- La coordination médecine de ville – psychiatrie pour le repérage, l'intervention précoce et le suivi
- L'accès aux soins somatiques pour les personnes suivies en psychiatrie ambulatoire

b. Action prioritaire (1 action)

Sous-thème	Objectif	Action
Accès aux soins somatiques / appui au repérage	Améliorer la coopération entre les acteurs du premier recours et de la psychiatrie	3.7. Renforcer la coordination entre la médecine de ville et la psychiatrie , par la mise en place de modalités de soins et d'outils de communication partagés, et par la réaffirmation de la mission d'accès aux soins somatiques des CMP

5. AXE 5 – LES ACTIONS SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE

a. Exposé de la problématique

Le projet territorial de santé mentale a dans ses priorités la promotion de la santé mentale dans l'ensemble de la population.

« Le projet territorial de santé mentale s'attelle donc à promouvoir les conditions d'une bonne santé mentale dans l'ensemble de la population, par des actions sur les milieux de vie et les facteurs de risque, et par le renforcement des capacités des individus à développer une santé mentale positive. » [Boîte à outils du Ministère de la santé, axe 6, en ligne]

Le PTSM doit inciter à l'élaboration d'actions de promotion de la santé mentale en population générale qui ne s'adressent pas à des publics déjà diagnostiqués / connus, mais des publics à risque. Ces actions concernent la lutte contre les déterminants défavorables de la santé mentale, et/ou, au contraire, le renforcement des déterminants favorables à une bonne santé mentale.

À ce titre, le périmètre de travail, établi à partir du décret du 27 juillet 2017 sur le PTSM, était le suivant :

- La lutte contre le mal logement
- Le soutien à la parentalité
- La prévention des conduites addictives
- L'amélioration du climat scolaire

- La santé au travail

b. Actions prioritaires (5 actions)

Sous-thème	Objectif	Action
Cadre de vie / logement	Améliorer l'accès au logement pour les personnes atteintes de troubles psychiques, dans le département	4.1. Développer des dispositifs de logement accompagné dans le département : appartements de coordination thérapeutique, logement inclusif, logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...
Information en santé mentale / lutte contre la stigmatisation	Renforcer les actions de promotion de la santé mentale auprès de la population du Val d'Oise	4.2. Renforcer le soutien aux CLSM existants et développer de nouveaux CLSM , pour que ces instances puissent mettre en œuvre des actions d'information et de promotion de la santé mentale sur leur territoire.
Prévention en milieu éducatif et scolaire	Informier – sensibiliser les professionnels du milieu éducatif et scolaire	4.3. Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif
Prévention de la souffrance psychique au travail	Renforcer la prévention de la souffrance psychique au travail au sein du département	4.4. Promouvoir les actions de prévention primaire en santé mentale au travail au sein des CLS et CLSM du département . Favoriser la coordination des acteurs de la santé mentale et des services de santé au travail dans ces actions à l'échelle locale.
Les outils numériques en santé mentale	Accompagner dans l'accès aux supports numériques en santé mentale	4.5. Promouvoir et accompagner l'utilisation des outils de l'e-santé auprès du public et des professionnels de la santé mentale, dans le département

c. Actions complémentaires

- Créer une **instance départementale** chargée de promouvoir les actions de prévention reconnues pertinentes et les bonnes pratiques en santé mentale
- Mettre en place un **espace d'écoute**, d'expression et d'information dédié à la thématique de la **souffrance au travail**

IV. FICHES ACTIONS

1. LE REPERAGE ET L'ACCES AUX SOINS PSYCHIQUES

a. Repérage, orientation et prise en charge précoce

Objectif : Diversifier les solutions envisageables pour l'orientation des personnes à la suite du repérage de troubles psychiques		
<u>Travaux du GT1</u> Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 1.1. Réaliser un bilan territorial de l'expérimentation du dispositif Ecoute'Emoi afin d'améliorer son développement dans le département et de lever les freins qui ont été constatés	
	<u>Porteurs :</u> - MDA de Gonesse - DAC Est 95	<u>Contributeurs :</u> - MDA Passerelle (Pontoise) - ARS IDF, département prévention et promotion de la santé - Psychologues libéraux - CDOM, URPS, CPTS - Pôles Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile - SUPADO, CHA - DSDEN 95

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF

- ☒ Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Afin de **réduire les délais** entre le repérage et la prise en charge, une **expérimentation du dispositif Ecoute'Emoi** se déploie depuis deux ans sur le département via la Maison des Adolescents de l'Est du Val d'Oise (Gonesse), pour permettre l'accès à un forfait de consultations psychologiques en libéral pour les adolescents de 11 à 21 ans résidant sur les communes de Garges-lès-Gonesse, Villiers-le-Bel, Sarcelles et Goussainville. Ces consultations, remboursées par l'Assurance maladie, peuvent s'avérer suffisantes pour les troubles mineurs.

Plusieurs **freins** ont été relevés par les acteurs du territoire dans la mise en œuvre de ce dispositif :

- Une absence de concertation avec le corps des psychologues dans son élaboration ;
- Une difficulté à mobiliser des psychologues (seulement 5) du territoire au vu de la rémunération prévue (32€) ;
- Une difficulté à mobiliser des médecins généralistes (seulement 3) dans le département, du fait de la longueur et la lourdeur des consultations prévues dans le dispositif ;
- L'impossibilité pour les psychiatres d'en être prescripteurs, alors même qu'ils sont en première ligne du repérage des besoins de soin psychique des jeunes et que le dispositif gagnerait à leur conférer un rôle de coordination.

L'expérimentation arrivant à son terme à la fin de l'année 2021, un **bilan national est déjà en cours**, sous le pilotage de la DGOS.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un bilan à échelle territoriale du dispositif Ecout'Emoi
- Poursuite du dispositif sur le département après 2021
- Nombre de médecins généralistes, de psychiatres, de psychologues et de jeunes intégrés dans le dispositif chaque année à partir de 2022
- Inclusion des psychiatres dans le dispositif

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Réaliser et diffuser un bilan territorial du déploiement du dispositif ▪ En lien avec le bilan réalisé au niveau national par un cabinet mandaté ▪ Intégrer des psychologues dans ce bilan ▪ Communiquer ce bilan aux médecins généralistes, psychologues libéraux et psychiatres du département	Courant 2021
2. Mettre en place un groupe de travail chargé de formuler des recommandations opérationnelles pour la poursuite du dispositif ▪ Sur la mobilisation des psychologues libéraux, notamment les conditions de leur rémunération ▪ Sur la mobilisation des médecins généralistes du département ▪ Sur la possibilité pour les psychiatres d'être prescripteurs des consultations	Fin 2021

Moyens nécessaires identifiés

- Financement pour la poursuite du dispositif
- Groupe de travail pour l'élaboration de préconisations

b. Accès aux soins psychiques – Généralités

Objectif : Renforcer la mobilité des soins psychiques		
<u>Travaux du GT1</u> Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☑ Faire du domicile le centre de gravité du parcours ○ Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, établissements d'hébergement) de 15 % ○ Augmenter le nombre de dispositifs de soins intensifs à domicile Réduire la part des hospitalisations prolongées de 10%	Action n° 1.2. Développer des équipes mobiles permettant l'« aller vers » des soins en santé mentale, par publics cibles (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en priorisant les besoins (repérage, intervention précoce, gestion de crises) et en s'appuyant sur le réseau des partenaires	
	<u>Porteurs :</u> ■ DD ARS 95 ■ DAC Sud 95 ■ CH Argenteuil	<u>Contributeurs :</u> ■ DAC Nord et Centre ■ Équipes mobiles du 95, dont EMIPPSY (équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie) au CHA ■ Pôles de psychiatrie générale, infanto-juvénile et de gériopsychiatrie ■ Équipe HIAD (hospitalisation intensive à domicile) au CHA ■ CMPP et CAMSP ■ Coordination 95 (regroupement des directeurs des ESMS) ■ Aide sociale à l'enfance ■ CPTS, dès que constituées

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les acteurs du département sont fortement préoccupés par le manque **de mobilité des équipes psychiatriques** vers la population et les partenaires, que ce soit pour un premier avis psychiatrique, pour l'accès aux soins dans un contexte de déni ou d'absence de demande ou encore pour gérer les situations de crise. **L'organisation de l'« aller vers » du soin psychiatrique** se heurte aujourd'hui à la limite de ressources humaines déjà mobilisées pour le fonctionnement des structures de la psychiatrie publique. Le rôle et le besoin de renforcement des équipes mobiles sont rappelés, celles-ci étant trop peu nombreuses ou trop réduites.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence et diffusion d'un bilan de l'existant en termes d'équipes mobiles
- Nombre d'équipes mobiles créées sur le département et en fonctionnement à l'horizon 2025
- Nombre et types de partenariats mis en place pour le fonctionnement de ces équipes mobiles

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Réaliser un diagnostic de l'existant et préciser le cahier des charges des équipes mobiles Les acteurs demandent des précisions sur la définition et le périmètre d'action des équipes mobiles.	2021

a) Répertorier les équipes mobiles financées et effectives. b) Repréciser le cahier des charges d'une équipe mobile et les critères qui la définissent c) Diffuser ces informations au sein des différents pôles de psychiatrie du territoire et des partenaires	
2. Préfigurer les équipes mobiles à mettre en place sur le département a) Évaluer le potentiel de transférabilité des organisations existantes en fonction des infra territoires (Quelles organisations à dupliquer ? Sur quels territoires, Avec quel modèle économique ?) b) Définir les besoins en termes de publics et de missions sur le département et les prioriser. L'équipe mobile doit être conçue comme une étape transitoire visant à ramener les personnes en rupture de parcours dans un système de soin classique. ▪ Équipes mobiles spécialisées ou généralistes ? ▪ Si spécialisées, ○ Par public : enfants, adolescents, jeunes adultes, adultes, personnes âgées ? ○ Par type d'intervention : repérage, intervention précoce, gestion des crises et des urgences ? c) Définir les échelles attendues et envisageables ▪ Équipes mobiles intersectorielles, à l'échelle des GHT ou éventuellement d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) ? ▪ Identifier les zones prioritaires en fonction de critères clairs et partagés (densité médicale, accès géographique aux soins, transports, critères socio-démographiques, dotation existante en équipes mobiles, etc.) d) Définir le portage et la composition d'équipes mobiles mixtes, en lien avec les partenaires ▪ Les équipes mobiles n'ayant pas à être exclusivement portées par la psychiatrie publique, identifier des porteurs (médico-sociaux, cliniques) complémentaires ▪ Définir des partenariats pour la constitution d'équipes opérationnelles pluriprofessionnelles permettant une approche globale des personnes (mises à disposition, conventions, coopérations) e) Rechercher des modalités de financement pour la mise en place des équipes mobiles ainsi structurées f) Mettre en œuvre et réaliser une évaluation dans le cadre du PTSM de chaque équipe mobile déployée	2022 - 2025
3. Mener une réflexion sur le développement de la fonction de gestionnaire de cas au sein de ces équipes mobiles Le case manager doit permettre, sur un temps court, d'exercer une intervention intensive auprès de la personne en risque de rupture, d'envisager la personne dans la globalité de son milieu, et de développer une approche transdisciplinaire autour de la personne en assurant le lien entre les interventions et en évitant leur fragmentation.	

a) Préciser le référentiel métier de ces case managers, en se basant sur les expertises hors territoire (expériences pilotes en France, expériences suisses, anglo-saxonnes) et hors santé mentale (expérience des MAIA) b) Évaluer la faisabilité économique de ce type d'approche au regard des moyens disponibles pour les équipes mobiles c) Définir le profil attendu du gestionnaire de cas : IDE, IPA, travailleur social ? d) Promouvoir la formation en case management des professionnels intervenant sur les équipes mobiles (DU de l'université de Tours, INFIPP...)	
--	--

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour la réalisation du diagnostic, le travail sur le cahier des charges, la préfiguration des équipes mobiles
- Ressources humaines et financements pour le fonctionnement des équipes mobiles
- Financement de la formation des gestionnaires de cas, si pertinent

d. Accès aux soins psychiques en périnatalité

Objectif : Renforcer les dispositifs de prise en charge des difficultés psychiques en périnatalité

Travaux du GT1	
Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF	
☒ Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations Augmenter de 15% le recours aux soins pour les 0-4 ans et leurs parents	
Liens avec les priorités en santé mentale du PRAPS IDF	
☒ Développer les interventions précoces auprès des enfants et de leur famille Développer des équipes de psychiatrie périnatale et renforcer leur action en direction des femmes précaires isolées et auprès de leurs enfants	
Action n° 1.3. Renforcer les espaces de soins de psychiatrie périnatale (consultations, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles) pour la prise en charge des troubles des interactions précoces	
Porteurs :	Contributeurs :
- EP2 (CH Argenteuil) - Cadre supérieur de maternité, assistante de pôle femme mère enfant (CH Argenteuil)	- Membres du réseau périnatalité du Val d'Oise - Pôles Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile - Services de maternité

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le département est doté de structures efficaces pour l'interconnaissance des professionnels de la périnatalité et l'accompagnement des équipes pour les cas complexes, notamment le **réseau périnatalité du Val d'Oise**.

Néanmoins, divers manques sont notés au niveau de :

- Des moyens pour le **dépistage au moment de la naissance** : manque de psychomotriciens en néonatalogie, de lits dédiés à l'observation en maternité
- De la **coordination des acteurs à la sortie de la maternité**, notamment pour le suivi des mères en situation de précarité
- Des **compétences spécifiques en psychiatrie périnatale**

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un cahier des charges partagé en psychiatrie périnatale
- Présence d'une équipe spécialisée en psychiatrie périnatale dans l'ensemble des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile
- Coopérations (conventions formalisées, consultations avancées...) mises en place par ces équipes de psychiatrie périnatale avec les services de maternité.

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Partager un cahier des charges transversal aux équipes pédopsychiatriques travaillant en périnatalité, pointant les points d'amélioration à apporter dont les modalités de coordination avec les maternités à mettre en place	2021

▪ Ces équipes de psychiatrie périnatale doivent fonctionner comme des espaces d'expertise en lien étroit avec les maternités	
2. Développer les ressources humaines de ces équipes ▪ Mener un dialogue avec la DD ARS sur le financement de postes supplémentaires en pédopsychiatrie fléchés périnatalité ▪ Recruter des professionnels possédant une expertise en psychiatrie périnatale ▪ Former les personnels de ces équipes en psychiatrie périnatale	2022 - 2025
3. Envisager la pertinence et la faisabilité de dédier des lits en maternité hors T2A en cas de suspicion de troubles des interactions précoces	2 nd temps

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe d'experts pour l'élaboration du cahier des charges
- Moyens humains pour le renforcement des équipes et la formation

e. Accès aux soins psychiques en pédopsychiatrie

Objectif : Développer l'offre de prise en charge ambulatoire infanto-juvénile

Travaux du GT1				
Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins				
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF				
☑ Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations ☑ Faire du domicile le centre de gravité des parcours ☑ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques	Action n° 1.4. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents, en accueil de jour proposant des activités en groupe (CATTP, hôpitaux de jour...)			
	<table> <tr> <th>Porteur :</th><th>Contributeurs :</th></tr> <tr> <td> ▪ DD ARS 95 </td><td> ▪ MDPH ▪ Pôles Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ▪ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent, Argenteuil : SUPADO, CHA </td></tr> </table>	Porteur :	Contributeurs :	▪ DD ARS 95
Porteur :	Contributeurs :			
▪ DD ARS 95	▪ MDPH ▪ Pôles Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ▪ Service Universitaire de Psychiatrie de l'Adolescent, Argenteuil : SUPADO, CHA			

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La pédopsychiatrie est confrontée à une forte **augmentation des demandes** qui lui sont adressées, notamment du fait de l'explosion de la prévalence des **TND (Troubles du neurodéveloppement)**.

Il est noté une trop faible précocité des prises en charge, accentuée par des **délais d'accès aux structures de soin** importants : les centres de consultation infanto-juvéniles sont saturés (6 mois à 2 ans d'attente pour une prise en charge en CMP, 1 à 3 ans d'attente pour une prise en charge en CMPP), les places en **hôpital de jour** et en **CATTP** pour les enfants, notamment spécialisés en TND, sont très en deçà des demandes.

Les personnes concernées trouvent **peu d'alternatives en libéral** : la démographie des pédopsychiatres libéraux est faible, on trouve peu de psychologues développant des approches spécifiques.

Indicateurs de suivi / résultats

- Augmentation des places du département en HDJ et CATTP infanto-juvéniles à l'horizon 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Objectiver les besoins ▪ Chiffrer les enfants et adolescents en attente de place sur chaque secteur ▪ Chiffrer via la MDPH, sur une période donnée, les enfants/adolescents ayant besoin d'une prise en charge de soins intensifs	2021
2. Mettre en place un dialogue avec la DD ARS afin d'envisager la faisabilité d'une augmentation des places et sa répartition, sur la base de ce diagnostic quantitatif	2021 – 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour le diagnostic
- Financement des places créées

Précisions / points de vigilance

- Les acteurs du territoire attirent l'attention sur le fait que le corolaire de cette action ne doit pas être la diminution des places en hospitalisation.

g. Accès aux soins psychiques pour les adultes

Objectif : Éviter les ruptures autour de l'entrée dans l'âge adulte dans les parcours de soin		
<u>Travaux du GT1</u> Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 1.5. Envisager la création de dispositifs psychiatriques ambulatoires spécifiques aux 16-25 ans, déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs du parcours du jeune, afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales	
	<u>Porteurs :</u> ■ P2R95 du CH Argenteuil ■ ADAPT (au titre du DEA) ■ Les Ailes Déployées (au titre de son dispositif logement passerelle et de son futur GEM jeunes)	<u>Contributeurs :</u> ■ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ■ Acteurs de l'emploi (Mission Locale...) ■ Acteurs du social (CCAS, prévention spécialisée) ■ Acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur ■ Coordination 95 (directions des ESMS handicap psychique) ■ ASE ■ SUPADO

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les parcours des jeunes sont marqués par des **risques de ruptures lors de l'entrée dans l'âge adulte**, du fait :

- D'une difficulté de **passage de la psychiatrie de l'adolescent à la psychiatrie générale**, d'un manque de coordination entre les équipes, Une expérience intéressante de transition structurée a été mise en place entre les services adolescents et adultes du centre hospitalier d'Argenteuil, et pourrait être développée sur le territoire.
- D'un manque de lieux (d'équipes, de compétences, d'approche clinique) dédiés aux besoins de cette période de la vie particulière. Il n'existe en effet pas de lieu de soin en psychiatrie à ce jour dans le département, dédié aux **premières années d'entrée dans la maladie**, souvent situées autour de l'entrée dans l'âge adulte, période lors de laquelle se travaille avec une efficacité accrue la limitation de ses répercussions sociales et cognitives.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'une unité 16 -25 ans à l'horizon 2025
- Nombre de jeunes admis annuellement et provenance
- Nombre et nature des partenariats établis dans le cadre de ce dispositif
- Nombre de formations croisées organisées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Structurer les pratiques de transition psychiatrie infanto-juvénile – psychiatrie générale dans le département a) Dresser un inventaire des pratiques déployées dans le département, des difficultés rencontrées b) Sur la base de cet inventaire, élaborer un cahier de bonnes pratiques et le diffuser au sein des pôles de psychiatrie du département	2021
2. Mettre en place un dispositif de prise en charge des 16-25 ans en ambulatoire et en partenariat avec les acteurs du parcours des jeunes a) Réaliser un benchmark des expériences d'unités de soin psychiatrique dédiés aux 16-25 ans déployées en France, et en déduire des recommandations de bonnes pratiques, des orientations b) Évaluer la mise en route de l'EMIPPSY ADO sur le CH d'Argenteuil et les possibilités de transférabilité c) Structurer le dispositif ▪ Définir l'échelle territoriale, le lieu, ouvert sur la cité et sur les partenaires ▪ Identifier les types de compétences nécessaires en interne ▪ Identifier les types de partenariats à mettre en place pour travailler avec l'environnement du jeune (acteurs de l'enseignement secondaire et supérieur, de la formation, de l'emploi, du logement, associations de famille, etc.) ▪ Évaluer les financements nécessaires et identifier les modalités (AAP réhabilitation psychosociale, CPOM...) ▪ Former l'équipe du dispositif en réhabilitation psychosociale d) Développer sur le territoire concerné des temps de sensibilisation des partenaires au projet et aux principes du rétablissement	a) 2021 b) 2022 c) 2023
3. Mettre en place des formations croisées sur le thème « rétablissement / réhabilitation psychosociale » réunissant l'ensemble des acteurs du parcours des jeunes ▪ Intégrer les familles et les personnes concernées dans ces formations	2021 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des équipes du dispositif et du lieu
- Moyens pour la formation de l'équipe et les formations croisées

Précisions / points de vigilance

- Un certain nombre de PTSM comporte le même type d'actions. Il pourrait être intéressant d'avoir une concertation à l'échelle nationale ou régionale au moment de la structuration.

h. Accès aux soins psychiques pour les publics spécifiques

Objectif : Améliorer l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie

Travaux du GT1 Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 1.6. Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département	
	Porteur : ■ CUMP 95	Contributeurs : ■ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ■ Associations et établissements de santé privés actifs sur cette thématique, à identifier ■ Psychologues libéraux ■ Association MELIA (thérapies familiales) ■ Unités médico-judiciaires de Pontoise et Gonesse ■ Dispositif de référence : Réseau AP-HP du psychotraumatisme, Paris Nord ■ Consultation EMDR, CHA

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le département souffre d'un manque de compétences et d'offre de soins en psychotraumatisme, en dépit de besoins importants. Les deux centres de référence sont portés par l'AP-HP et ne sont accessibles qu'après un dépôt de plainte.

Ces besoins sont notés, notamment :

- Pour la prise en charge des **personnes migrantes**, essentiellement approchées sur le plan de la santé mentale par les dispositifs précarité (PASS, CSAPA, EMPP) qui n'ont pas en interne de compétences cliniques spécifiques dans la prise en charge des psychotraumatismes.
- Pour la prise en charge du **vécu de la crise sanitaire liée à la Covid-19** par la population du Val d'Oise, qui n'a pas fait l'objet de dispositifs spécifiques dans le département, alors même que cette crise a été à l'origine d'une augmentation des symptômes de souffrance psychique au sein de la population.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de consultations – libérales, hospitalières, privées – spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes à l'horizon 2025
- Nombre de professionnels soignants formés annuellement en psychotraumatisme

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Réaliser un bilan plus précis de l'existant et des besoins en matière de prise en charge du psychotraumatisme (dont EMDR) dans le département ■ Intégrer dans ce diagnostic la question de la prise en charge du vécu de la crise sanitaire liée à la Covid-19	2021
2. Constituer un réseau de structures et d'acteurs spécialisés en psychotraumatismes, communiquer sur ce réseau	2022

a) Identifier les équipes et acteurs intéressés. S'appuyer sur des structures relais, la psychiatrie publique ne pourra pas tout porter b) Promouvoir la formation des équipes par DU et répertorier les personnes formées c) Rechercher des moyens mobilisables en interprétariat pour les consultations spécifiques des personnes migrantes d) Diffuser un répertoire des consultations spécialisées existantes auprès du public, des partenaires, et notamment des DAC pour favoriser l'orientation	
3. Envisager la mise en place d'une équipe départementale ressource « psychotraumatisme » portée par la psychiatrie publique, mobilisable par l'ensemble des CMP du département et par les partenaires ■ Pour des avis entre professionnels ■ Pour des consultations conjointes, avec interprétariat au besoin	2023

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des formations
- Moyens humains pour la mise en place de consultations voire d'une unité ressource en psychiatrie publique

Précisions / points de vigilance

- Ce type de consultations doit également cibler les mineurs, notamment ceux pris en charge par la protection de l'enfance et les Mineurs Non Accompagnés (MNA), l'évaluation de leur état de santé étant particulièrement difficile.

Objectif : Améliorer la mobilité des soins psychiatriques vers les personnes précaires

<u>Travaux du GT1</u> Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 1.7. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du département. Renforcer la coordination des acteurs de la précarité, en impliquant les élus par le biais des CLSM du département, et en créant un comité de pilotage des EMPP du département, en lien avec la coordination régionale	
<u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRAPS IDF</u> ☑ Consolider l'offre en EMPP afin de répondre aux besoins dans les territoires ○ Renforcer la coordination régionale et infra-territoriale ○ Finaliser le maillage territorial en EMPP ○ Améliorer l'interface entre les EMPP et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion ○ Renforcer les liens entre les EMPP et les secteurs de la psychiatrie	<u>Porteurs :</u> ■ Établissements portant les EMPP du 95	<u>Contributeurs :</u> ■ ARS IDF ■ CLSM ■ Elus

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Concernant les personnes en grande précarité, le repérage et l'orientation sont bien assurés par le service social départemental, mais se heurtent aux délais d'accès aux soins et à un contexte fréquent de déni des troubles. Auprès de ce public, l'« **aller vers** » est insuffisamment développé malgré la présence de **3 EMPP**, dont une en cours de structuration, qui gagneraient à être davantage coordonnées.

Plus largement, un besoin de **coordination des acteurs de la précarité** en lien avec les élus, et de **soutien aux professionnels du secteur social**, a été exprimé dans la phase de diagnostic.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de postes créés en EMPP
- Présence de commissions « précarité et santé mentale » intégrant les élus et les acteurs sociaux et sanitaires au sein des CLSM
- Existence d'un COPIL départemental des EMPP et axes de travail mis en place
- Fréquentation de ce COPIL par chaque EMPP du territoire
- Nombre de formations croisées organisées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité ■ Envisager avec la DD ARS et les chefs de pôle concernés les possibilités de renforcement des équipes en ressources humaines. ■ Mettre en place des partenariats pour le fonctionnement des équipes mobiles : mises à disposition réciproques, vacations, projets communs. — Avec les acteurs sociaux (élus, associations sociales, migrants, précarité, centres d'hébergement)	2021 - 2025

– Avec les acteurs sanitaires (PASS, secteurs de psychiatrie, médecine somatique). Travailler sur le fonctionnement des différentes PASS et leur harmonisation, en lien avec la DD ARS. – Avec les acteurs médico-sociaux (CSAPA, CAARUD)	
2. Mieux coordonner les acteurs de la précarité, en incluant les élus, par le biais des CLSM du département ▪ Mettre en place des commissions « précarité et santé mentale » au sein de chacun des CLSM du département, en veillant à y intégrer les élus, les acteurs sociaux et les acteurs du soin psychique (dont les EMPP) ▪ Définir, de façon transversale au CLSM, en associant les EMPP, le cahier des charges de ces commissions, au regard des actions existantes et des besoins ▪ Mettre en place des formations croisées sur la thématique « précarité et santé mentale », incluant l'ensemble des acteurs concernés (psychiatrie, dispositifs de soins spécialisés, élus, acteurs sociaux, familles et personnes concernées)	2022 - 2025
3. Mettre en place un comité de pilotage départemental des EMPP, en lien avec la coordination régionale promue par le PRAPS ▪ Il est noté un besoin de coordination des EMPP du département, auquel un COPIL départemental devra répondre. ▪ Le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins) Ile-de-France 2018-2023 a un objectif autour de la consolidation de l'offre en EMPP sur le territoire, et de la mise en place d'une coordination régionale visant une harmonisation des pratiques, un renforcement du suivi régional et départemental des équipes. L'instance de coordination créée sur le plan départemental devra donc être en lien avec la coordination régionale mise en place.	2021 : structuration de la composition et du cahier des charges du COPIL, en lien avec la coordination régionale 2022-2025 : mise en œuvre

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des postes en EMPP

i. Accès aux soins psychiques en ESSMS

Objectif : Améliorer l'accès aux soins psychiques en établissements et services sociaux et médico-sociaux		
Travaux du GT1 Axe du PTSM : Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 1.8. Déployer des dispositifs de télémedecine en psychiatrie vers les ESSMS du département (EHPAD, établissements sociaux et, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)	
	Porteurs : - CHA / GHEM via le pôle inter-hospitalier de gériatrie - DAC Est 95	Contributeurs : - Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile - Coordination 95 (ESSMS handicap psychique) - REGIES-95 (réseau gérontologique inter-établissements du Val d'Oise) - Acteurs de l'hébergement d'urgence (Espérer 95, porteur du SIAO, de CHRS et CHU) - GCS Sesan, pour les aspects techniques

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF

- ☒ Mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire manquent de ressources médicales internes, quel que soit leur public (social, personnes âgées, personnes en situation de handicap, protection de l'enfance).

Les professionnels des secteurs social et médico-social expriment des **difficultés pour accéder aux ressources psychiatriques** extérieures, notamment :

- En cas de crise des usagers dans les établissements
- Pour les résidents des EHPAD, limités dans leur mobilité
- Pour l'appui au repérage des troubles psychiques

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de téléconsultations en psychiatrie déployées chaque année vers les ESSMS (type d'ESSMS, identité du consultant, type de téléconsultation)
- Nombre de téléexpertises en psychiatrie déployées chaque année vers les professionnels des ESSMS (type d'ESSMS, identité des professionnels requis et requérants)
- Outils de mesure de la satisfaction des patients et des professionnels utilisateurs
- Existence d'une procédure de suivi et d'analyse des événements indésirables

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Réaliser un bilan : Des expériences existantes pour d'autres spécialités médicales dans le département	1 ^{er} trim. 2021

Des expériences de téléconsultations mises en place durant la crise sanitaire en psychiatrie dans le département, pour capitaliser sur les modalités les plus probantes	
2. Identifier des praticiens en psychiatrie volontaires au sein du département pour assurer ces téléconsultations / téléexpertises, en dépit des difficultés de ressources humaines S'appuyer sur les futures IPA avec des fiches de poste ciblées, sur les psychologues	2 ^{ème} trim. 2021
3. Définir le cadre, les modalités, les plus adaptées aux différents publics dans la mise en œuvre de téléconsultations Locaux, accompagnement (ex : la présence de la psychologue de l'EHPAD peut rassurer certains patients)	2 ^{ème} trim. 2021
4. Définir et mettre en place les équipements / outils techniques sécurisés nécessaires - À la réalisation des téléconsultations (vidéotransmission) - À l'échange numérique d'informations préalables, de comptes rendus de consultation, de prescriptions (messagerie sécurisée, plateforme) - Une attention devra être portée à la compatibilité des solutions numériques, en télémedecine (si la plupart des centres hospitaliers utilisent ORTIF, ce n'est pas le cas des EHPAD et de tous les autres établissements sociaux ou médico-sociaux) Former les professionnels à l'utilisation des solutions numériques - Anticiper la maintenance, la gestion des dysfonctionnements - Prendre appui sur le GCS Sesan pour cette étape	2022
5. Mettre en œuvre les premières téléconsultations / téléexpertises et réaliser une évaluation au fil de l'eau	2023- 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Équipement des équipes et établissements
- Intégration de ces fonctions dans les fiches de poste de praticiens hospitaliers

2. LA PREVENTION LA GESTION DES SITUATIONS DE CRISE ET DES SITUATIONS D'URGENCE

a. Prévention et gestion des situations de crise

Objectif : Améliorer la graduation des soins pour éviter le recours systématique aux urgences en cas de situation de crise		
<u>Travaux du GT 2</u> Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	Action n° 2.1. Structurer les parcours des personnes en situation de crise, en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, médecins généralistes, réponse téléphonique, télémedecine, équipes mobiles, cellule de crise pour adolescents, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités	
	<u>Porteurs :</u> ▪ À identifier	<u>Contributeurs :</u> ▪ Pôle de psychiatrie et de pédopsychiatrie ▪ CDOM ▪ URPS Médecins Libéraux ▪ CPTS ▪ DAC ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ Établissements sociaux ▪ REGIES-95 ▪ DD ARS 95 ▪ CLINEA ▪ SUPADO, CHA ▪ UNAFAM 95

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF

- ☒ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Le diagnostic met en lumière un besoin de **travailler davantage en coordination dès les débuts de la crise**, par la mise en place de formations communes et par l'élaboration d'une vision partagée sur la réponse à apporter en fonction du degré de la crise et du parcours.

Au-delà de cette logique de coordination, il existe actuellement un **manque de réponses graduées à la crise** qui conduit trop souvent à un glissement vers le recours aux urgences et/ou aux soins sans consentement faute de réponse coordonnée précoce.

Sont notés, notamment :

- Le manque de dispositifs pour une intervention rapide sur le lieu de vie,
- L'absence de centres d'accueil de la crise dans le département, permettant de gérer la crise par une consultation ou une hospitalisation de courte durée
- L'impossibilité de consulter en urgence en CMP

La réponse à la crise par le recours aux urgences a des effets néfastes pour les personnes concernées, et engendre un coût économique plus important que celui d'une intervention précoce.

Indicateurs de suivi / résultats

- Mise en place de modalités de gestion de la crise à différents niveaux (MG, CMP, psychiatrie, formations) dans les 5 années du PTSM
- Existence d'un document lisible d'aide à l'orientation en cas de crise
- Analyse des événements/situations indésirables
- Nombre de formations croisées organisées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Élaborer une définition partagée des différents contextes de crise (première crise, rupture de soin, rechute) et des besoins de prise en charge associés	2021
2. Définir l'éventail de réponses graduées à développer, en fonction des situations ■ Préciser le rôle des médecins généralistes en cas de crise (conduite à tenir, orientations à proposer, modalités de coordination avec les équipes psychiatriques) ■ Identifier des modalités d'organisation communes pour les CMP afin de répondre aux situations de crise (par exemple, mise en place de créneaux dédiés aux urgences en leur sein, avec implication des IDE puis des IPA et d'un psychiatre référent) ■ Envisager la mise en place d'une réponse téléphonique 24h/24 (conseils aux proches et aux partenaires pour la gestion de crises) ■ Envisager la mise en place de téléconsultations / téléexpertises mobilisables en cas de crise ■ Développer des équipes mobiles de gestion de la crise (à partir des CMP ? Équipe ad hoc ?) ■ Envisager la mise en place d'une cellule de crise départementale pour les adolescents	2021 - 2025
3. Travailler la coordination des différentes réponses, définir des parcours types et les diffuser via un outil lisible d'aide à l'orientation ■ Mettre en place un outil de représentation (type logigramme) des réponses à apporter aux différents moments du parcours dans la crise, permettant au public et aux professionnels de mieux identifier le bon interlocuteur en fonction de la demande et du contexte ■ Diffuser cet outil auprès des professionnels et des familles, en veillant à intégrer les trois DAC du département dans la diffusion ■ Organiser la mise à jour de l'outil	Dès 2021 puis à réévaluer chaque année en fonction de l'évolution des réponses
4. Mettre en place des formations croisées à la gestion de la crise ■ Public : ensemble des personnes concernées. Inclure les familles et les personnes concernées. ■ Contenu : partage d'une définition de la crise, des conduites à tenir, des orientations à envisager en fonction des signes, partage de la notion de directives anticipées et application aux soins en psychiatrie	2021 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail mixte (représentants de la psychiatrie, de la DD ARS 95, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des médecins généralistes, des familles et des personnes concernées)
- Moyens pour le financement des réponses identifiées à mettre en place
- Moyens pour la mise en place d'un outil de diffusion des réponses
- Moyens pour les formations croisées

Précisions / points de vigilance

- Lien avec l'action 3.6 pour la mise en place de programmes de gestion des situations de crise dédiés aux familles
- Lien avec l'action 1.8 pour la mise en place de télémedecine en psychiatrie vers les ESSMS
- Lien avec l'action 1.2 pour la réflexion sur les équipes mobiles spécialisées dans l'intervention en cas de situations de crise

Objectif : Renforcer les compétences des personnes concernées et des proches

Travaux du GT 2		
Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence		
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☒ Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » Organiser dans chaque territoire l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique	Action n° 2.2. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département, qui ont un impact sur le taux de rechute	
	Porteurs : - Clinique la Nouvelle Héloïse - CoordETP95 - CHA	Contributeurs : - CDOM ou SOS médecins - CPTS - UNAFAM 95 - Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

En santé mentale, différentes études ont montré que la participation de patients à des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) a un **effet favorable sur le taux de rechute et de ré hospitalisation**, mais aussi que cet effet est majoré lorsqu'on y associe un **programme de psychoéducation des familles**.

Plusieurs **dispositifs** existent actuellement dans le département, mais restent très centrés sur les hôpitaux

- ETP spécifique à la schizophrénie sur le CH d'Argenteuil, ainsi qu'un programme à venir pour la bipolarité
- Plateforme territoriale de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive Sud Val d'Oise sur le CH d'Argenteuil (P2R95), ouverte en 2020
- ETP « Bien vivre avec son traitement », sur le Centre Hospitalier René-Dubos, à Pontoise
- ETP spécifique à la bipolarité et aux addictions à l'alcool à la clinique La Nouvelle Héloïse.
- Programme de psychoéducation pour les troubles bipolaires et les addictions à l'alcool à la clinique d'Orgemont
- Différents programmes de psychoéducation à la clinique de Psychothérapie d'Osny

Par ailleurs la plateforme **CoordETP95** de soutien aux programmes d'ETP du Val d'Oise a été mise en place depuis 2014 avec un financement ARS. Composée de professionnels de santé pluridisciplinaires et d'associations parmi lesquelles les associations de patients, elle porte une volonté de développer l'offre d'ETP en ville et d'impulser une dynamique partenariale sur le département du Val d'Oise.

Le diagnostic précédant le PTSM fait état de la nécessité de **développer plus encore ce type de programme dans le Val d'Oise**.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un annuaire de l'offre en ETP sur le département
- Utilisation de cet annuaire par les DAC du département
- Nombre de personnes formées chaque année en ETP
- Nombre de nouveaux programmes d'ETP créés chaque année

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Recenser les dispositifs existants en santé mentale en ETP / psychoéducation du patient et de sa famille, et diffuser l'offre aux acteurs du territoire pour faciliter les orientations ■ Identifier les opérateurs existants, agréés ou non ■ Mettre en place un annuaire simple (via le site de CoordETP95 ?) et le diffuser au public, aux acteurs de la psychiatrie et aux 3 DAC du département afin de faciliter les orientations	1 ^{er} trim. 2021
2. Travailler à rendre plus accessible et lisible le processus de labellisation en ETP ■ Si la labellisation est estimée difficile, en raison de la lourdeur des critères nécessaires, les acteurs insistent sur la nécessité de critères partagés, incluant la formation des opérateurs, pour la reconnaissance et la qualité des programmes ■ Diffuser auprès des acteurs en santé mentale du département les conditions de labellisation et les possibilités de soutien technique via l'association CoordETP95	2 ^{ème} trim. 2021
3. Promouvoir la formation des acteurs en éducation thérapeutique du patient ■ Identifier les besoins de formation au sein des services / structures volontaires, en psychiatrie et hors psychiatrie ■ Identifier les freins à l'accès à la formation et les leviers disponibles pour les lever ■ Promouvoir l'inscription de ces formations dans les plans de formation des structures	2021 - 2025
4. Élaborer des programmes d'ETP reposant sur des partenariats psychiatrie – ville – médico-social – associations de patients/aidants ■ Recenser les besoins prioritaires (thématiques, infra territoires) non pourvus ■ Intégrer les pairs aidants (via les GEM, les médiateurs de santé pairs) et les associations de proches dans l'élaboration de l'offre ■ Promouvoir auprès des équipes existantes la mise en place de ces programmes	2022 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour le recensement et la diffusion de l'existant, le recensement des besoins et la structuration d'une offre complémentaire
- Moyens pour la formation des professionnels

Précisions / points de vigilance

- Cette action devra être corrélée avec l'action 3.6 pour les programmes de psychoéducation à destination des familles.

b. Coordination des acteurs de la réponse à l'urgence

Objectif : Renforcer la coordination des acteurs de l'urgence dans le département

<u>Travaux du GT 2</u> Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	Action n° 2.3. Réviser le protocole départemental concernant le transport des personnes sans consentement, et promouvoir son intégration dans le futur schéma départemental des urgences psychiatriques adultes du val d'Oise																
<u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u> ☑ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ○ Disposer, d'ici 2022 et sur chaque département francilien, d'un schéma des urgences psychiatriques adultes	<table border="1"> <thead> <tr> <th><u>Porteurs :</u></th><th><u>Contributeurs :</u></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>▪ Préfecture du Val d'Oise</td><td>▪ SAMU</td></tr> <tr> <td>▪ DD ARS 95</td><td>▪ SDIS 95</td></tr> <tr> <td></td><td>▪ Police nationale et gendarmerie</td></tr> <tr> <td></td><td>▪ SOS médecins 95</td></tr> <tr> <td></td><td>▪ Pôles de psychiatrie générale</td></tr> <tr> <td></td><td>▪ CDOM 95</td></tr> <tr> <td></td><td>▪ UNAFAM 95</td></tr> </tbody> </table>	<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>	▪ Préfecture du Val d'Oise	▪ SAMU	▪ DD ARS 95	▪ SDIS 95		▪ Police nationale et gendarmerie		▪ SOS médecins 95		▪ Pôles de psychiatrie générale		▪ CDOM 95		▪ UNAFAM 95
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>																
▪ Préfecture du Val d'Oise	▪ SAMU																
▪ DD ARS 95	▪ SDIS 95																
	▪ Police nationale et gendarmerie																
	▪ SOS médecins 95																
	▪ Pôles de psychiatrie générale																
	▪ CDOM 95																
	▪ UNAFAM 95																

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

En juin 2016 et pour une durée de trois ans, **un protocole sur le transport des personnes dans le cadre des soins sans consentement**, a été signé par le Préfet du Val d'Oise, l'ARS-DD95, le SDIS, le SAMU 95, la Direction Départementale de Sécurité Publique, la gendarmerie nationale, le Conseil de l'Ordre du Val d'Oise, SOS médecins (qui s'est ensuite désengagé), pour répondre à la dégradation de la coordination des acteurs de l'urgence (responsabilités diluées, intervention tardives...).

Ce protocole est en cours d'évaluation et en attente de renouvellement depuis juin 2019. Ce protocole a permis d'améliorer la situation mais des difficultés perdurent concernant notamment :

- L'accès aux certificats médicaux par des médecins généralistes sur le lieu du transport
- L'augmentation de l'intervention du SDIS 95 et des forces de l'ordre, sans formation dédiée à la gestion des situations psychiatriques

Une réflexion sur la reconduite de ce protocole et sur les modalités à envisager pour l'améliorer doit être menée, sous le pilotage de la Préfecture du Val d'Oise et de la DD ARS 95. Cette réflexion devra s'intégrer dans l'élaboration du **schéma départemental des urgences psychiatriques adultes** à mettre en place d'ici 2022 dans chaque département francilien, dans le cadre de la fiche action 16 du plan d'action santé mentale du Projet Régional de Santé Ile-de-France 2018-2022.

Indicateurs de suivi / résultats

- Renouvellement d'un protocole sur le transport des personnes dans le cadre des procédures de soin sans consentement
- Existence d'une procédure de suivi de la mise en œuvre de ce protocole
- Mise en place d'un schéma départemental des urgences psychiatriques à l'horizon 2022, intégrant ce protocole
- Analyse des événements indésirables

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Mettre en place un groupe de travail animé par un intervenant externe pour évaluer les freins / difficultés du protocole, et mettre en place une feuille de route en vue de son amélioration - Intégrer l'ensemble des signataires, y compris SOS médecins 95, dans le groupe de travail - Élaborer une réflexion sur une définition partagée de l'urgence entre les différents signataires - Envisager des alternatives pour l'accès au certificat médical en l'absence de déplacement de médecin (cadre juridique pour l'accès à distance ?) - Améliorer la qualité des transports (besoin d'opérateurs adaptés, nommer un psychiatre référent auprès du préfet : le président de la CDSP ?) - Mener un dialogue avec les forces de l'ordre, visant à recueillir leur difficultés et à les sensibiliser aux troubles psychiques - Définir les modalités pour les publics spécifiques (mineurs, précaires) - Élaborer des arbres décisionnels partagés par les différents signataires - Intégrer les professionnels de la psychiatrie et les associations de familles à ce travail d'élaboration	2021 - 2022
2. Diffuser l'existence de ce protocole dans une version accessible aux professionnels du territoire et au public	2022
3. Mettre en place une procédure de suivi de la mise en œuvre de ce protocole - Intégrant des représentants des signataires, des professionnels de la psychiatrie et des associations de famille - En charge d'élaborer des modalités de signalement et d'analyse des dysfonctionnements, en vue de propositions pour son amélioration	2022
4. Intégrer la reconduction de ce protocole dans le schéma régional des urgences psychiatriques adultes, en lien avec les travaux régionaux de l'ARS	2022

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail pour la réflexion sur la reconduction du protocole
- Support pour la diffusion du protocole
- Ressources humaines pour le comité de suivi de la mise en œuvre

Précisions / points de vigilance

- Cette action doit être corrélée avec l'action 2.1 sur la structuration des parcours des personnes en situation de crise et la graduation des réponses apportées.

c. Prévention de la récurrence suicidaire et suivi post urgence

Objectif : Améliorer le suivi post urgences en cas de geste suicidaire		
Travaux du GT 2 Axe du PTSM : Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence	Action n° 2.4. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans, une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire après leur passage à l'hôpital	
	Porteurs : CH Argenteuil	Contributeurs : - GHEM, - GHT NOVO - CH de Gonesse - Vigilans 78 - CPTS - SAU - Cliniques autorisées en psychiatrie - CDOM - URPS Médecins Libéraux - DAC - SAMU 95

Enjeux de l'action au regard du diagnostic
Il n'existe pas de protocole partagé et formalisé pour le suivi post urgence dans le département, bien que des procédures pertinentes soient mises en place : – L'équipe mobile EMIPPSY du CHA organise une veille pendant 3 mois pour les moins de 26 ans – Des consultations post-urgences J+7 sont mises en place aux CH d'Argenteuil et d'Eaubonne – Un dispositif est en cours d'élaboration à la clinique la Nouvelle Héloïse (Clinéa) La mise en place d'une « organisation de recontact après tentative de suicide » sur l'ensemble des départements franciliens fait partie des priorités du PRS Ile-de-France 2018-2022. Le dispositif Vigilans pourrait être développé dans tout le 95, en lien avec le 78. Des professionnels sont déjà formés aux Centres hospitaliers d'Argenteuil et de Pontoise.

Indicateurs de suivi / résultats
- Présence du dispositif Vigilans sur l'ensemble du département - Existence d'une cellule de coordination départementale - Existence d'un livret de présentation distribué aux urgentistes et médecins de ville - Nombre de patients inclus dans le dispositif chaque année par rapport au nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (DIM) - Présence d'éléments d'analyse qualitative des freins et leviers au fonctionnement du dispositif

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Répertorier les pratiques existantes dans le département en post urgence, dont certaines sont déjà novatrices, notamment auprès des adolescents	2021
2. Mettre en place une cellule de coordination départementale et identifier un centre hospitalier en charge de coordonner le déploiement du dispositif dans le département ▪ En promouvant dans un premier temps le dispositif au sein des centres hospitaliers du département, et en identifiant des personnes référentes au sein des services psychiatriques, d'urgence et de MCO ▪ En faisant le lien entre la cellule de veille et de recontact qui sera retenue et les centres hospitaliers partenaires du département qui assurent l'inclusion des patients	2021
3. Structurer les modalités d'organisation de la cellule de veille et de recontact pour le département avec un choix entre : ▪ Une mutualisation avec le département des Yvelines pour un déploiement partagé « Vigilans 78-95 » ▪ La mise en place d'une équipe de recontact spécifique au Val d'Oise	2021
4. Si l'option « cellule de veille et de recontact départementale » est retenue, former les intervenants à l'intervention de crise et au recontact téléphonique	
5. Sensibiliser / former les équipes des centres hospitaliers partenaires pour leur participation à l'inclusion des patients dans le dispositif Vigilans ▪ Équipes d'hospitalisation et de liaison psychiatriques et pédopsychiatriques ▪ Équipes d'hospitalisation MCO ▪ Équipes des services d'urgence ▪ S'appuyer sur les professionnels déjà formés aux CH de Pontoise et d'Argenteuil	2021 - 2022
6. Diffuser l'existence du dispositif et ses modalités d'utilisation aux professionnels libéraux de santé impliqués dans le dispositif a) Mettre en place un livret explicatif pour les médecins de ville (généralistes et psychiatres) b) Présenter le dispositif aux CPTS dès que mises en place	2022
7. Mettre en place une procédure d'évaluation départementale du dispositif, en lien avec les dispositifs d'évaluation prévus aux niveaux régional et national ▪ En charge de faire remonter les freins et les leviers à l'inclusion des patients du département dans le dispositif ▪ En charge de faire remonter les freins et les leviers à la coordination des centres partenaires du département avec la cellule de veille et de recontact	2022 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains pour la cellule de coordination départementale et la mise en place d'une procédure départementale de suivi et d'évaluation
- Financement pour la mise en place d'une cellule de veille et de recontact selon l'organisation retenue
- Pour la formation des équipes psychiatriques, des médecins de ville et des urgentistes du département
- Soutien logistique pour la mise en place d'un livret explicatif

Précisions / points de vigilance

- Le programme Vigilans est un dispositif de veille des suicidants sur une période de 6 mois. Des recontacts téléphoniques et des envois de cartes postales sont prévus pour les patients récidivistes.
- Il ne doit pas se substituer aux initiatives de prises en charge de « fond » mises en place dans le département, mais les compléter en renforçant le suivi par une réponse immédiate, en touchant les « perdus de vue » et ceux qui n'ont pas de suivi psychiatrique.

3. LES PARCOURS DE VIE ET DE SANTE SANS RUPTURE EN VUE DU RETABLISSEMENT ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES

a. Accès aux accompagnements médico-sociaux

Objectif : Renforcer la mise en pratique d'une logique de parcours dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques

Travaux du GT3

Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF

- ☑ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques

Liens avec les orientations du Schéma départemental des personnes handicapées du Val d'Oise

- ☑ 2. Prévenir et améliorer la réponse aux situations complexes et ruptures de parcours
 - 2.2. Assouplir l'offre et accompagner la gestion des situations complexes
- ☑ 6. Assouplir l'offre en ESMS et promouvoir l'inclusion
 - 6.2. Permettre et accompagner les évolutions du cadre réglementaire
 - Mieux anticiper le vieillissement et accompagner les personnes handicapées âgées

Action n° 3.1. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté, pour les enfants et les adultes ; et favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation

Porteurs :

- CD 95
- DD ARS 95

Contributeurs :

- DSDEN 95
- MDPH
- CPAM
- CD 95
- UNAFAM 95
- Coordination 95 (ESMS handicap psychique)
- REGIES-95

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'accès à des accompagnements médico-sociaux adaptés se heurte à un manque de souplesse des autorisations administratives et des financements médico-sociaux, encore trop peu pensés en mode parcours. La fluctuation intrinsèque aux pathologies mentales et la variabilité des limitations fonctionnelles en résultant en termes de handicap psychique, impliquent un **besoin de prestations modulaires, mixtes et évolutives** (décloisonnement milieu ordinaire / établissement, prises en charge mixtes sanitaire / médico-sociale...). Des formes de prises en charge modulaires (type FAM – SAVS) se mettent aujourd'hui en place dans le département mais toujours à titre dérogatoire ce qui implique un processus de décision lourd : mobilisation d'un GOS – groupe opérationnel de synthèse, concertation des différents opérateurs et financeurs au cas par cas... De plus, la démarche RAPT (une réponse accompagnée pour tous) travaille également à la simplification des parcours dérogatoires, mais exclusivement pour les cas considérés comme complexes.

Au niveau de la couverture en dispositifs et structures, sont constatés :

- **Concernant les enfants** : un manque de moyens adaptés aux pathologies nécessitant une double prise en charge (TSA, troubles du comportement, polyhandicaps), en augmentation. Si le département comporte un bon maillage en ITEP (fonctionnant déjà en dispositif modulaire DITEP), les taux d'équipement en SESSAD et en IME sont inférieurs aux moyennes régionale et nationale.

- **Concernant les adultes** : un manque de places en FAM, SAVS et SAMSAH spécialisés dans les troubles psychiques (52 places créées en FAM entre 2012 et 2017, une augmentation capacitaire de 10% en SAVS et aucune augmentation en SAMSAH – source CD 95).
- Enfin, un manque de dispositifs destinés aux **personnes handicapées vieillissantes**.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail chargé de porter la réflexion

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
Mettre en place un groupe de travail chargé de mener une réflexion sur la promotion auprès des autorités et des financeurs du département des prises en charge modulaires inter ESMS handicap psychique et entre les ESMS handicap psychique et les établissements psychiatriques Plusieurs pistes de réflexion ont été exprimées et nourriront ce groupe de travail : ▪ Dissocier les réflexions au sein du groupe de travail entre les publics enfants, adultes et personnes âgées, mais veiller à assouplir les clivages entre les structures enfants / adultes. ▪ Faire connaître aux établissements la convention mise en place entre la MDPH, le conseil départemental et l'ARS, dans le cadre de la démarche RAPT. L'élargir au-delà des parcours complexes. ▪ Recenser et faire remonter aux directions départementales et générales les démarches de simplification administrative « dérogatoires » réalisées dans le département. ▪ Recenser les besoins de prise en charge multiple dans le département, définir des modalités pour communiquer aux directions départementales et générales ces situations problématiques. ▪ Encourager la mise en place plus systématique d'orientations proposant un panel de modalités d'accompagnement, et l'intégration de ces orientations dans un processus administratif simplifié. ▪ Promouvoir la mise en place d'un dispositif de type DIME (en cours de mise en place sur le territoire national) dans le département. ▪ Faciliter la mise en place de solutions adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes (cf. action 9.1 du schéma départemental de l'autonomie : Travailler au décloisonnement des secteurs du handicap et de la gérontologie, pilotée par l'ARS, le CD et la MDPH).	2021 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail

Précisions / points de vigilance

- Dans le cadre de cette fiche action, il convient de faire le lien avec les réflexions et actions menées dans le cadre du schéma départemental de l'autonomie en termes d'assouplissement des financements et des prises en charge.

- Il est important de mettre en place un travail spécifiquement ciblé sur le handicap psychique et sur les interactions entre les prises en charge psychiatriques et médico-sociales.

b. Coordination des parcours et des acteurs en santé mentale

Objectif : Améliorer l'interconnaissance, l'acculturation et la coordination entre les acteurs du parcours en santé mentale

<u>Travaux du GT3</u> Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	Action n° 3.2. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les 3 dispositifs d'appui à la coordination en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et dans la gestion des cas complexes		
<u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u> ☑ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques <u>Liens avec les orientations du Schéma départemental des personnes handicapées du Val d'Oise</u> ☑ 7. Développer les réponses aux situations complexes et anticiper les ruptures	<table> <tr> <td data-bbox="702 627 1053 1084"> <u>Porteurs :</u> ■ DAC Est 95 (Opalia) ■ DAC Centre 95 (Joséphine) ■ DAC Ouest 95 (Coordinov) </td><td data-bbox="1053 627 1471 1084"> <u>Contributeurs :</u> ■ Pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ■ Coordination 95 ■ Acteurs sociaux ■ CDOM, URPS ■ CPTS ■ CLSM ■ UNAFAM 95 ■ MDPH ■ DD ARS 95 </td></tr> </table>	<u>Porteurs :</u> ■ DAC Est 95 (Opalia) ■ DAC Centre 95 (Joséphine) ■ DAC Ouest 95 (Coordinov)	<u>Contributeurs :</u> ■ Pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ■ Coordination 95 ■ Acteurs sociaux ■ CDOM, URPS ■ CPTS ■ CLSM ■ UNAFAM 95 ■ MDPH ■ DD ARS 95
<u>Porteurs :</u> ■ DAC Est 95 (Opalia) ■ DAC Centre 95 (Joséphine) ■ DAC Ouest 95 (Coordinov)	<u>Contributeurs :</u> ■ Pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ■ Coordination 95 ■ Acteurs sociaux ■ CDOM, URPS ■ CPTS ■ CLSM ■ UNAFAM 95 ■ MDPH ■ DD ARS 95		

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'émergence d'une dynamique transversale en santé mentale est notable dans le département à travers des initiatives de coopérations/partenariats, la mise en place de CLSM, de plateformes. Néanmoins il subsiste encore une **approche par filières**, avec une méconnaissance entre les acteurs (rôles, missions, limites) et un manque de communication. La coordination sanitaire/social/médico-social doit être renforcée afin de saisir la personne dans sa globalité. Les acteurs attendent un soutien dans leurs questionnements, notamment concernant les cas complexes, qui pourrait s'incarner dans une plateforme territoriale en santé mentale. Dans le cadre du diagnostic territorial partagé en santé mentale (DTSM), les acteurs ont également évoqué la mise en place d'une fonction de **coordinateur de parcours / case management** en santé mentale sur le territoire.

Les **dispositifs d'appui à la coordination** (DAC), prévus par la législation, ont pour mission le soutien aux professionnels pour l'orientation des patients ou l'appui à la coordination de situations complexes, toutes thématiques et tous âges, en lien avec les médecins traitants. Trois DAC sont en cours de mise en place dans le département du Val d'Oise et constituent des **leviers à saisir** pour améliorer la coordination territoriale des parcours en santé mentale, avant d'envisager un outil spécifique, qui risquerait de stigmatiser la santé mentale en dehors du droit commun.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail « santé mentale » transversal aux 3 DAC
- Diffusion d'un support de communication sur le rôle des DAC et les modalités de saisie auprès des acteurs de la santé mentale
- Existence d'un bilan annuel transversal aux 3 DAC sur les réponses apportées en santé mentale

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Mettre en place, dès la phase de structuration des DAC un groupe « santé mentale » transversal aux trois DAC du département, intégrant des représentants de la santé mentale, en charge de : a) Identifier les besoins d'expertise en santé mentale au sein des DAC b) Travailler sur des outils d'évaluation communs / complémentaires en santé mentale avec les services de psychiatrie du département c) Structurer une organisation type déclinable pour assurer une compétence santé mentale au sein des trois DAC, en explorant différentes pistes : ▪ Identifier des référents santé mentale au sein des DAC ▪ Appuyer les DAC sur un réseau de compétences externes en santé mentale « solide » : mettre à disposition du temps de coordonnateurs de parcours en psychiatrie ▪ Intégrer les DAC dans les commissions « cas complexes » des CLSM afin de bénéficier des réseaux mis en place (cf. expérience du DAC Est Val d'Oise qui participe au RESAD – Réseau d'Évaluation de Situations d'Adultes en Difficulté – du CLSM de Gonesse et a été dans ce cadre à l'initiative d'une formation croisée en psychiatrie à destination des travailleurs sociaux) ▪ Organiser des staffs réguliers avec les secteurs de psychiatrie présents sur le territoire du DAC ▪ Déployer l'outil terr-eSanté comme support technique de coordination ▪ Faire un lien avec le dispositif Communauté 360 d'information et d'orientation pour les personnes en situation de handicap, porté par la MDPH	2021 - 2022
2. Déployer les différentes organisations retenues et en réaliser un bilan transversal chaque année ▪ Communiquer sur le rôle des DAC et les modalités de recours auprès des acteurs de la santé mentale du territoire, incluant les acteurs du premier recours et les partenaires sociaux (vulgarisation, organisation de rencontres, diffusion d'un support...). ▪ Réaliser un bilan annuel des situations traitées par les DAC en santé mentale et le diffuser aux tutelles et aux partenaires.	2022 - 2025
3. Poursuivre la réflexion, à partir de ces bilans, sur la mise en place d'une fonction de case manager en santé mentale dans le département S'il est probable que le nombre limité de coordonnateurs de parcours au sein des DAC ne permette pas de répondre à toutes les attentes formulées dans le diagnostic partagé en termes de gestionnaires de cas en santé mentale. Afin d'éviter un « saupoudrage » de solutions, il est nécessaire de poursuivre cette réflexion dans le temps de mise en œuvre du PTSM, en lien avec le déploiement des DAC. ▪ Identifier à partir des bilans réalisés les besoins de coordination des parcours en santé mentale non couverts par les DAC ▪ Envisager les modalités de développement de la fonction de case management en santé mentale ○ Quels porteurs ? ○ Pour quels types de situations ? ○ Avec quels moyens humains et financiers ?	2024 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Ressources humaines en psychiatrie pour l'appui des DAC
- Groupe de travail mixte (psychiatrie, social, premier recours, médico-social)
- Terr-eSanté pour le support technique

c. Pair aideance

Objectif : Renforcer l'intégration des pairs aidants dans les soins et les accompagnements		
Travaux du GT3 Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	Action n° 3.3. Renforcer les synergies entre les groupes d'entraide mutuelle ainsi que leur autonomie de fonctionnement et favoriser le recrutement et l'intégration de pairs aidants et de médiateurs de santé pairs au sein des équipes	
	Porteurs : - UNAFAM 95 - Mutuelle la Mayotte	Contributeurs : - Pôles de psychiatrie générale - Coordination 95 - Les 5 GEM troubles psychiques (la Mayotte, œuvre Falret, les Ailes déployées) et les 2 GEM traumatisés crâniens (AFTC) - MDPH

Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF

- ☑ **Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes**
 - Augmenter le nombre de GEM troubles psychiques sur la région en passant de 48 à 80.
 - Participer au deuxième programme de déploiement des médiateurs de santé pairs en santé mentale et à son évaluation

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La pair aideance repose sur la reconnaissance d'un **savoir expert** détenu par le patient, et sur des **mécanismes d'entraide** entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie psychique. Fort de son expérience et des compétences acquises tout au long de son parcours de rétablissement, le pair aidant peut soutenir et responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement, et participer à réduire la stigmatisation.

Des **dispositifs de pair aideance** sont présents sur le département :

- 2 médiateurs de santé pairs (MSP) salariés, en poste au CH Argenteuil
- 5 groupes d'entraide mutuelle (GEM) troubles psychiques portés par la Mayotte, l'œuvre Falret et l'association les Ailes déployées.

Les acteurs du territoire conviennent de la nécessité de mener une réflexion sur les **modalités de développement de ces initiatives** dans le département.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations dispensées aux adhérents de GEM annuellement et évaluation de ces formations
- Existence d'un réseau des GEM du département
- Évolution du nombre de GEM et d'adhérents à l'horizon 2025
- Augmentation du nombre de MSP formés dans les structures du département à l'horizon 2025
- Nombre de structures sanitaires et médico-sociales ayant intégré des pairs aidants bénévoles
- Évaluation qualitative de l'intégration de ces pairs aidants dans les équipes
- Nombre d'actions du PTSM ayant intégré des pairs aidants à l'horizon 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Développer la formation des pairs aidants à la gestion associative au sein des GEM du département ▪ Contenu : gestion associative, principes de la gouvernance associative, processus démocratiques, animation de réunion... ▪ Public : ces formations pourront, être organisées en lien avec d'autres structures associatives du droit commun, hors santé mentale. Elles pourront être menées de façon transversale aux 7 GEM du département, quelle que soit leur spécificité.	2021 : conception des formations 2022-2025 : mise en œuvre
2. Renforcer la dynamique inter-GEM au sein du département Une réflexion inter GEM existe au sein des structures portées par la Mayotte, mais pas encore à l'échelle des GEM du département quelle que soit leur structure de rattachement. ▪ Contenu : réflexion commune sur la question de la pair aide, le rôle des GEM, les liens entre les GEM et les structures de la psychiatrie. ▪ Enjeux : cette dynamique transversale doit permettre de favoriser la montée en compétence des adhérents de GEM en matière de pair aide, et par là de renforcer la présence des pairs aidants auprès des usagers des établissements, voire leur professionnalisation. ▪ Public : si certaines des réflexions à conduire concernent davantage le champ de la santé mentale, cette dynamique pourra associer les GEM traumatisés crâniens autour des enjeux communs de pair aide.	
3. Valoriser les GEM auprès des institutions de la santé mentale et du grand public ▪ Informar la population générale sur l'existence et le rôle des GEM. Des actions pourront être menées en population via les Semaines d'Information en Santé Mentale. ▪ Renforcer les liens entre les GEM et les secteurs de psychiatrie : mener des actions permettant aux acteurs de la psychiatrie de favoriser l'orientation de leurs patients vers les GEM (présentation plus systématique de ces dispositifs, accompagnement des patients vers les GEM).	2021 - 2025
4. Sensibiliser et accompagner les structures au développement de la pair aide en leur sein ▪ Poursuivre et diffuser les projets de formation et de recrutement de MSP en cours au CH d'Argenteuil, accompagner les équipes dans l'accueil des pairs aidants, travailler sur la précision de leur cahier des charges au sein des institutions. ▪ Sensibiliser les professionnels du soin et du médico-social à la pair aide : organiser des journées thématiques, diffuser des outils pour valoriser l'apport des pairs aidants aux services.	
5. Intégrer les pairs aidants dans les actions de sensibilisation de la population à la santé mentale. Différentes actions du PTSM pourront mobiliser les pairs aidants, notamment :	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ L'action 4.3. « Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif » | |
|--|--|

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains pour la formation des adhérents de GEM
- Financement pour la formation et le recrutement des médiateurs de santé pairs

Précisions / points de vigilance

- Un lien sera à rechercher avec la mise en œuvre de l'axe relatif à la pair aidance dans le cadre de la Réponse accompagnée pour tous (RAPT) par la MDPH.
- Le centre ressource en réhabilitation psychosociale du CH le Vinatier a élaboré un guide pratique « Comment intégrer un travailleur pair dans une équipe de santé mentale ? » qui pourra être un appui à la sensibilisation des équipes : https://centre-ressource-rehabilitation.org/sites/centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/livret_integrertravailleurpair.pdf

d. Accès à / maintien dans la scolarité

Objectif : Développer des coopérations entre l'Éducation nationale et les acteurs de la santé mentale

Travaux du GT3 Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	Action n° 3.4. Soutenir les acteurs de l'enseignement pour l'accompagnement des élèves / étudiants présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire. Renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins-études)	
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☒ Faire du domicile le centre de gravité du parcours - Augmenter l'intervention sur les lieux de vie (école, domicile, établissements d'hébergement) de 15 % ☒ Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » - Organiser dans chaque territoire un dispositif de liens entre la pédopsychiatrie et la médecine scolaire	Porteurs : - DSDEN 95 - Porteur médico-social et/ou sanitaire à identifier	Contributeurs : - Établissements d'enseignement primaire et secondaire - DD ARS 95 - Pôles de psychiatrie infanto-juvénile - ESMS enfants (ITEP, IME...) - ASE - Fondation santé des étudiants de France (SEIPA) - Pôle santé de l'Université de Cergy

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Un virage inclusif est amorcé dans le département, mais trop peu outillé et parfois inadapté aux besoins des jeunes. De plus en plus d'enfants et d'adolescents en situation de handicap psychique sont scolarisés en milieu ordinaire, mais un manque d'accompagnement spécialisé en interne est noté et conduit à un épuisement des enseignants. Les limites de l'inclusion scolaire sont à prendre en compte : il est noté un manque de structures spécialisées sur le département. Les délais d'accès en IME et en ITEP sont notamment importants.

Un partenariat est à développer entre les acteurs de la santé mentale et de l'enseignement :

- Pour l'accès aux études des jeunes suivis en psychiatrie, très insuffisant (peu de postes d'enseignants spécialisés pourvus, un seul service soins études)
- Pour l'appui des équipes éducatives à la gestion des élèves présentant des difficultés d'ordre psychique au sein des établissements scolaires (cf. circulaire 2019 sur la lutte contre les violences scolaires qui appelle à la constitution d'équipes mobiles d'intervention sanitaires et médico-sociales)

Par ailleurs, il n'y a pas de bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) dans le Val d'Oise. Le pôle santé de l'université de Cergy, service préventif, est confronté à des difficultés pour l'accès aux soins psychiques des étudiants.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de formations croisées organisées entre les acteurs de la santé mentale et de l'Éducation nationale
- Couverture territoriale de ces formations

- Existence, diffusion et mobilisation de modalités d'échanges sur les situations partagées

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Favoriser l'interconnaissance des acteurs du soin / de l'accompagnement et de l'Éducation nationale, et renforcer les compétences des professionnels de l'Éducation nationale en santé mentale ▪ Proposer des formations communes, de type formation croisées, pour permettre aux professionnels du soin et de l'accompagnement de mieux connaître les difficultés des enseignants et permettre aux enseignants de mieux accompagner ces élèves tout au long de leur scolarisation. ▪ Contenu : connaissance du champ institutionnel, compréhension des symptômes, accueil et accompagnement pédagogique spécifique, connaissance de l'offre existante à la sortie pour les plus de 16 ans. ▪ Intégrer les acteurs de l'Aide sociale à l'enfance dans ces formations croisées.	2021 - 2025
2. Renforcer la mobilité de la psychiatrie et du médico-social vers les établissements scolaires, pour l'appui à la scolarisation L'articulation des acteurs du soin / de l'accompagnement et de l'Éducation nationale est estimée aujourd'hui trop ponctuelle et personne-dépendante. Elle doit être renforcée en vue d'éviter les clivages observés dans les prises en charge. Les réunions d'équipes de suivi de scolarité (ESS) sont souvent limitées au moment de l'élaboration du plan personnalisé de scolarisation, alors que les besoins d'échange sont plus fréquents, tout au long de la scolarité de l'élève. a) Identifier les modalités à mettre en place au sein des équipes sanitaires et des ESMS pour aller vers les établissements scolaires, pour l'appui à la scolarisation en cas de difficultés avec un élève b) Structurer des modalités d'échange, de co-élaboration autour du projet de l'élève c) Mettre en œuvre ces modalités à partir d'équipes / territoires pilotes d) Réaliser le bilan de ces interventions, ajuster et diffuser dans le département	a) 2021 b) 2022-2024 c) 2022-2024 d) 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains pour les formations croisées
- Moyens humains pour les équipes éducatives, soignantes et médico-sociales pour participer à des temps de rencontre et d'échange

Précisions / points de vigilance

- Il conviendra de faire le lien avec l'action 4.3. « Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif » qui vise également le renforcement des compétences en santé mentale des professionnels des établissements scolaires.
- Un travail plus spécifique sur l'accès aux soins des étudiants pourra être mené dans un second temps ou pourra être intégré à cette fiche action après prise de contact.

e. Accès à / maintien dans l'emploi

Objectif : Améliorer l'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques		
Travaux du GT3 Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes		
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☒ Faire de la continuité des parcours le premier critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ☒ Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » Liens avec les orientations du Schéma départemental des personnes handicapées du Val d'Oise ☒ 8. Fluidifier le parcours des travailleurs handicapés ○ Objectif 8.1 : accompagner l'insertion en milieu professionnel ordinaire	Action n° 3.5. Développer des partenariats et dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi, en associant les dispositifs spécialisés et du droit commun	
	Porteurs : ▪ ADAPT, au titre du DEA ▪ Pôle emploi / Cap Emploi	Contributeurs : ▪ HEVEA (DEA) ▪ CARE ▪ CLSM ▪ P2R95 ▪ Maison hospitalière de l'association les Ailes déployées ▪ GEM du département ▪ Services de santé au travail ▪ Missions locales ▪ Direccte Ile-de-France

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La variabilité et la fluctuation des effets des troubles psychiques sur la capacité à occuper un emploi est estimée aujourd'hui insuffisamment prise en compte dans les dispositifs.

Des dispositifs visant l'accès ou le maintien dans l'emploi existent sur le département et sont à renforcer et à mieux coordonner :

- Dans le secteur médico-social, des **dispositifs relais** préparent à l'orientation en ESAT, les **ESAT** accueillent des personnes souffrant de troubles psychiques, et le **dispositif emploi accompagné** (DEA) est en cours de mise en place avec 80 places portées par l'ADAPT et HEVEA.
- Dans le secteur sanitaire, les 5 **CLSM** mènent tous des actions visant à améliorer l'accès à l'emploi, les **GEM** et le futur projet **Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi** (CARE) à Sarcelles soutiennent l'accès vers l'emploi sans RQTH.
- Dans le secteur de l'insertion professionnelle, **Pôle Emploi et Cap Emploi** sont prescripteurs de **prestations d'appui spécifique** (PAS) qui peuvent être mobilisées par toute personne en situation de handicap pour élaborer un projet professionnel ou travailler le maintien dans l'emploi.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de séquences de formation à destination des acteurs de l'inclusion professionnelle
- Nombre et types d'actions de sensibilisation des employeurs réalisées
- Coopérations mises en place avec les acteurs de l'inclusion professionnelle
- Nombre de personnes intégrées dans les dispositifs CARE et DEA

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Renforcer les compétences des acteurs de l'inclusion professionnelle en matière de santé mentale Organiser des temps de formation / de sensibilisation des agents de Pôle Emploi, de Cap Emploi et des missions locales, en s'appuyant sur les formations déjà développées par l'UNAFAM	2021 - 2025
2. Concevoir des actions partenariales visant à sensibiliser les employeurs à l'intégration de personnes en situation de handicap psychique / souffrant de troubles psychiques, et à les informer sur les dispositifs d'accompagnement existants Associer l'ensemble des acteurs du secteur médico-social (DEA, ESAT...) et du droit commun (Pôle Emploi, Cap Emploi, Services de santé au travail)	2021 conception 2022-2025 mise en œuvre
3. Promouvoir les coopérations formalisées entre les acteurs de la psychiatrie et de l'inclusion professionnelle, du droit commun et du secteur médico-social - Le CH Argenteuil a établi une convention avec l'agence Pôle Emploi d'Argenteuil, afin de : - Appuyer les acteurs de la psychiatrie pour un besoin d'accompagnement spécifique par un psychologue du travail - Permettre aux agents de Pôle Emploi d'orienter vers les soins lorsque des freins périphériques à l'emploi sont identifiés - Encourager le développement sur le département de ce type de coopération, qui permet de favoriser une prise en charge globale. - La Plateforme Territoriale de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive Sud Val d'Oise sur le Centre Hospitalier d'Argenteuil (P2R95) va devoir également mettre en place des coopérations sur son territoire, pour l'accompagnement vers l'emploi des patients pris en charge, dans le cadre d'un processus global de réhabilitation psychosociale.	2021 - 2025
4. Soutenir et faire connaître le futur Club Autogéré de Rétablissement par l'Emploi (CARE) de Gonesse - L'objectif de ce dispositif sur un modèle d'insertion « clubhouse », est de ramener les personnes en rupture vers un projet professionnel, par un travail de remise en confiance, de remobilisation et valorisation des compétences, sur un rythme propre à chacun. - Ce dispositif sera porté par la mutuelle la Mayotte, mais géré grâce à la mise en place d'une association mobilisant différents partenaires (CLSM, commune, UNAFAM, mission locale, etc.).	Dès qu'effectif

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens pour la formation des agents de l'emploi

f. Soutien aux aidants et aux proches

Objectif : Renforcer les compétences des personnes concernées et des proches

<u>Travaux du GT 2</u> Axe du PTSM : Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion des personnes	Action n° 3.6. Développer des dispositifs d'accompagnement / de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques dès le repérage, tout au long du parcours et face aux situations de crise	
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☑ Faire du domicile le centre de gravité du parcours	<u>Porteurs :</u> ▪ CH Argenteuil ▪ CLSM du 95	<u>Contributeurs :</u> ▪ UNAFAM 95 ▪ Pôles de psychiatrie générale et infanto-juvénile ▪ MELIA ▪ CH le Vinatier (Lyon) ▪ REAAP ▪ PRE ▪ PAEJ

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les familles sont au premier plan de la crise. Face aux difficultés de coordination des interventions, elles sont trop souvent livrées à elles-mêmes, sans soutien face à leur proche en souffrance. Aussi, la phase de diagnostic a constaté un **besoin de soutien des familles et des accompagnants concernant l'orientation en situation de crise (dispositifs d'évaluation et d'orientation) ainsi que concernant le comportement à mettre en œuvre (formation à la gestion de crise).**

Bien que des ressources existent dans divers secteurs professionnels (psychiatrie publique, privée, précarité), différents manques au niveau du soutien des familles **tout au long du parcours** ont été notés :

- Un manque d'accompagnement lors de l'entrée dans le parcours de soin, nécessaire face au décalage entre le signalement et la prise en charge effective
- Un manque de moyens alloués à la **thérapie familiale** dans les services de psychiatrie
- Une coordination insuffisante des CMP infanto-juvéniles avec les dispositifs de **soutien à la parentalité** (Réseau d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité, Points Accueil Écoute Jeunes, etc.)
- Un manque de développement du soutien aux familles des **adolescents**, malgré les groupes de parole mis en place par les deux MDA du département
- Un manque de dispositifs de **formation des familles, alors même que l'efficacité de ce type de programmes sur le taux de rechute et de ré-hospitalisation est démontrée**
- Un manque de **lieux de prises en charge spécifiques pour les familles** permettant une intervention précoce et globale

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de familles incluses dans le programme BREF chaque année dans le département
- Nombre de familles incluses dans le programme Profamille chaque année dans le département
- Nombre de commissions « soutien à la parentalité » mises en place au sein des CLSM du département

- Nombre de consultations de thérapie familiales en psychiatrie et fréquentation
- Existence de dispositifs de soutien à la parentalité pour les personnes en situation de handicap psychique

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Développer les programmes de psychoéducation des familles a) Soutenir le programme BREF et promouvoir sa diffusion dans les centres hospitaliers du département ■ Le programme BREF est déjà mis en place par le CHA, le GHEM et l'UNAFAM 95. Ce programme court (3 séances de 1h) permet une intervention précoce et systématique dans le parcours des aidants. ■ Former les équipes volontaires au programme BREF en lien avec le CH le Vinatier (Lyon). b) Développer le programme Profamille au niveau du département ■ S'appuyer sur l'initiative du CHA de développer ce programme long – 2 années – au niveau du département c) Envisager si nécessaire, en complément, la mise en place d'une formation départementale courte à la gestion de la crise, coconstruite par les équipes soignantes et les associations de famille	a) 2021 b) 2022 c) 2023
2. Développer la thérapie familiale en psychiatrie ■ Sensibiliser les équipes aux besoins en thérapie familiale ■ Identifier les équipes volontaires et les ressources disponibles en leur sein, et les soutenir dans la structuration d'une offre de thérapie familiale ■ Ne pas oublier les fratries et les enfants de personnes atteintes de troubles psychiques ■ Envisager la spécialisation d'IDE, de futurs IPA, de psychologues sur ce type d'intervention	2021 - 2025
3. Développer des dispositifs de soutien à la parentalité des adultes en situation de handicap psychique Aucune action spécifique n'existe sur ce sujet dans le département a) Réaliser une étude de la qualité des dispositifs existant tant au niveau national qu'international, et prioriser les bonnes pratiques » b) Diffuser ces modèles auprès des acteurs du département, et structurer avec les différents opérateurs les dispositifs à mettre en place c) Mettre en œuvre ces dispositifs et en réaliser le bilan	a) 2021 b) 2022 c) 2023
4. Améliorer la coordination des CMP infanto-juvéniles avec les dispositifs de soutien à la parentalité hors psychiatrie ■ Viser la mise en place de commissions « Soutien à la parentalité » au sein des CLSM du département, réunissant les acteurs de la pédopsychiatrie, des Maison Des Adolescents, du Réseau d'Écoute d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité (REAAP), des Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ), des Programmes Réussite Educative (PRE), etc.	2022

▪ Favoriser, par le biais de ces commissions, la mise en place d'outils de coopération : réunions d'échanges pluridisciplinaires (avec accord des familles), orientations réciproques (meilleure information sur l'existant : affichage, information orale...), voire co-élaboration d'outils d'information des familles.	
5. Mettre en place un groupe de travail visant à mener une réflexion sur la mise en place d'un « référent familial » en psychiatrie, capable de guider et d'accompagner les familles face aux institutions ▪ Préciser le projet : quelle échelle (secteur, CMP ?), quels intervenants, quelles modalités d'intervention ? ▪ Associer les associations de famille et les pôles de psychiatrie	2023
6. Mettre en place un groupe de travail visant à mener une réflexion sur la pertinence de développer une consultation « famille sans patient » en psychiatrie, au moment du signalement ▪ Sur le modèle du dispositif mis en place au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du CH Sainte Anne et en lien avec les activités développées par l'équipe mobile EMIPPSY du CH d'Argenteuil ▪ En vue de soutenir les familles face au décalage fréquent entre le signalement des difficultés aux équipes de soin par la famille, et la réponse en termes de prise en charge de la personne concernée, du fait d'un déni fréquent de ses difficultés.	2024

Moyens nécessaires identifiés

- Formation des soignants en psychoéducation des familles (programme BREF, Profamille)
- ETP formés pour les thérapies familiales en psychiatrie
- Temps à dédier pour les équipes psychiatriques et de soutien à la parentalité pour la fréquentation des commissions « Soutien à la parentalité » des CLSM et l'organisation de modalités de travail partagé
- Groupes de travail pour les sous actions 5 et 6

4. LA COORDINATION DES ACTEURS DE SOINS VILLE - HOPITAL

Objectif : Améliorer la coopération entre les acteurs du premier recours et de la psychiatrie

<u>Travaux du GT3</u> Axes du PTSM : Accès aux soins somatiques des personnes souffrant de troubles psychiques Repérage précoce, accès au diagnostic et aux soins	Action n° 3.6. Renforcer la coordination entre la médecine de ville et la psychiatrie par la mise en place de modalités de soins et d'outils de communication partagés, et par la réaffirmation de la mission d'accès aux soins somatiques des CMP	
<u>Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u> ☑ Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations ○ Disposer d'ici 2022 d'au moins un dispositif de soins partagés médecins généralistes / psychiatres sur chaque département ☑ Faire de la continuité des parcours le premier critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ○ Faciliter l'accès à des soins somatiques adaptés	<u>Porteurs :</u> ▪ CH Argenteuil ▪ Future CPTS du territoire d'Argenteuil	<u>Contributeurs :</u> ▪ Maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé ▪ CPTS et DAC ▪ CDOM, URPS ▪ Pôles de psychiatrie générale ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ Médecins ASE / PMI ▪ DD ARS 95 ▪ GCS Sesan pour les supports techniques

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

Les acteurs du premier recours sont souvent en difficulté pour traiter les troubles psychiques, du fait d'un isolement dans leurs pratiques, d'un manque de connaissance des problématiques et des acteurs en santé mentale.

Les liens entre la psychiatrie ambulatoire et la médecine de ville sont à améliorer : les médecins traitants n'ont pas suffisamment d'information sur le suivi psychiatrique existant, les acteurs de la psychiatrie manquent de temps pour entretenir le lien. Toutefois, **des expériences positives de partenariats sont rapportées via les centres municipaux de santé (CMS)**. Par exemple, le CMP d'Argenteuil a établi un partenariat avec 2 CMS, qui se formalise par des réunions de concertation pluriprofessionnelle bisannuelles pour traiter les cas qui nécessitent une approche pluriprofessionnelle. Ces réunions ont été le point de départ de travaux communs : systématisation des courriers de liaison, projet diabète...

Au sein des CMP, la prise en compte de la santé somatique est considérée insuffisante, par manque de temps et de ressources humaines, alors que le CMP, pivot de la prise en charge, a une mission d'accompagnement vers les soins somatiques, d'autant plus en l'absence de médecin traitant.

La **transmission des comptes rendus d'hospitalisation** en psychiatrie au médecin traitant fait encore trop souvent défaut.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence de modalités de soins partagés psychiatrie – MG dans le département
- Existence d'un fichier de suivi des médecins traitants dans tous les CMP

- Mise en place d'une consultation somatique de suivi dans les CMP du département

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Mettre en place différentes modalités de soins partagés médecin traitant / psychiatre pour l'appui au repérage : ■ Dispositifs de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) : réaliser un état des lieux des pratiques expérimentées sur le territoire national (Toulouse, Paris 19^{ème}, etc.) Étudier les modalités de financement envisageables (ex. financement au forfait ville – hôpital, article 51) ■ Consultations avancées de psychiatrie : définition des lieux adéquats, des besoins ■ Coopérations MSP - CDS / CMP : diffuser l'expérience du CMP d'Argenteuil sur d'autres infra territoires, encourager les structures d'exercice collectif à la mise en place de projets de santé « soins somatiques / psychiques ». ■ Téléexpertise, téléconsultation en psychiatrie vers la médecine de ville : poursuivre le déploiement d'ORTIF vers les médecins généralistes et les services psychiatriques.	
2. Mettre en place des outils de communication efficaces et non chronophages entre les acteurs de la psychiatrie et les médecins généralistes ■ Définir et mettre en place des outils de coordination numérique adaptés aux deux parties, pour le partage d'informations : messagerie sécurisée, Terr-eSanté, DMP... Identifier les freins à leur déploiement et les lever. ■ Promouvoir et mettre en œuvre des RCP (réunions de consultation pluriprofessionnelle) des visioconférences (téléstaff) ■ Améliorer la transmission des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) pour aligner la psychiatrie sur les recommandations HAS (CRH transmis au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie) et sur les autres disciplines médicales. ○ Travailler sur les modalités permettant de systématiser cet envoi (format type partagé entre les établissements ? Dématérialisation de l'envoi ?). ○ Associer à cette délivrance d'information, avec l'accord du patient, les ESSMS qui participent à la prise en charge, ainsi que les médecins ASE / PMI, qui peuvent manquer de données lors du retour de la personne.	2021 - 2025
3. Renforcer la mission d'accompagnement vers les soins somatiques au sein des CMP a) Systématiser le recueil du médecin traitant et de la fréquence de fréquentation à l'entrée en CMP et organiser la réactualisation des informations (par qui ? Consultant, IDE ? À quel rythme ?) b) Mettre en place une consultation somatique minimale à l'entrée en CMP puis chaque année pour les patients sans médecin traitant, réalisée par des IDE puis des IPA dédiées. Réaliser une évaluation systématique minimale permettant de dispenser des informations préventives et d'enclencher ou de confirmer un parcours de soins somatiques adapté. c) Mettre en place des actions et accompagnements spécifiques pour l'orientation ou l'accompagnement vers les soins somatiques pour les personnes en rupture de suivi : aide à la prise de rendez-vous, voire accompagnement physique pour une reprise de consultations chez un médecin généraliste pour les patients les moins autonomes.	

4. Mettre en place des formations croisées sur le repérage des troubles psychiques dans le département

- Réunissant les professionnels de la psychiatrie, l'ensemble des acteurs du premier recours (médecins généralistes, IDE libérales, psychologues, etc.), et les acteurs de première ligne (acteurs sociaux, de l'inclusion, de l'enseignement, etc.)

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens techniques pour la télémédecine et l'échange d'informations sécurisé
- Moyens humains en psychiatrie
- Valorisation du temps passé dans les instances de coordination
- Moyens pour les formations croisées

Précisions / points de vigilance

- S'appuyer pour la sous action 3 sur la Conférence de consensus sur les soins somatiques de juin 2015, listant l'ensemble des points clefs concernant la surveillance somatique nécessaire pour les personnes prenant des traitements pour troubles psychiques.

5. L'ACTION SUR LES DETERMINANTS SOCIAUX, TERRITORIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE MENTALE

a. Cadre de vie / Logement

Objectif : Améliorer l'accès au logement pour les personnes atteintes de troubles psychiques, dans le département

<u>Travaux du GT4</u> Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	Action n° 4.1. Développer des dispositifs de logement accompagné dans le département : appartements de coordination thérapeutique, logement inclusif, logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...	
Liens avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☑ Faire du domicile le centre de gravité du parcours ○ Passer de 800 à 1200 places de logement accompagné recensées	<u>Porteurs :</u> ■ UNAFAM 95 ■ CLSM du 95	<u>Contributeurs :</u> ■ AORIF (regroupement associatif des bailleurs sociaux – 30 à 40 opérateurs dans le Val d'Oise) ■ Pôles de psychiatrie générale ■ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ■ ARS (pour ACT) ■ CD 95 ■ Préfecture du 95 / DDCS

Enjeu de l'action au regard du diagnostic

Le département souffre d'un **manque de solutions adaptées** pour le logement des personnes atteintes de troubles psychiques, alors même que le logement représente une **priorité du parcours de vie**, qui conditionne la réussite du projet de soin et de rétablissement.

Au niveau de **l'accès au logement**, il est noté une insuffisance des relais en aval des hospitalisations, articulant soins ambulatoires et logement, un manque de places médico-sociales et un manque de souplesse des financements pour les adapter au parcours des personnes, ainsi qu'une saturation du parc social

Au niveau du **maintien dans le logement**, des initiatives concluantes sont rapportées de la part des CLSM au niveau de la sensibilisation des gardiens d'immeubles du parc social, en vue d'améliorer le maintien dans le logement.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre et formes (conventions actives par exemple) de coopérations mise en place entre les acteurs de la santé mentale (associations médico-sociales, secteurs de psychiatrie, CLSM) avec des bailleurs sociaux et nombre de logements concernés par ces coopérations
- Nombre de projets en santé mentale financés et mis en place par le programme « Logements HLM accompagnés » de la DRIHL
- Nombre de PLH intégrant une action santé mentale à 5 ans
- Nombre d'actions traitant de la coordination avec les acteurs de la santé mentale dans le PDALHPD 2020 - 2025

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Améliorer l'accès et le maintien dans le logement social en lien avec les opérateurs du logement Un COPIL départemental « logement inclusif / accompagné » pourra être envisagé pour mieux coordonner cette action entre les acteurs de la santé mentale et du logement, en vue du développement de dispositifs partagés. Se saisir du programme « Logements HLM accompagnés » lancé en juillet 2020 par la DRIHL (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) et l'AORIF (Union sociale pour l'habitat d'Ile-de-France). Ce programme permet un financement pour trois ans, dans le cadre du Fonds national d'accompagnement vers et dans le logement (FNAVDL), de bailleurs sociaux porteurs de projets novateurs, en lien avec des associations, via des AAP annuels. Il peut être un levier de dispositifs novateurs entre les associations de la santé mentale et les organismes du logement social. L'appel à projets précise que le FNADVL aura une attention particulière pour « les personnes ayant un handicap psychique non reconnu (ne bénéficiant pas d'une prestation de compensation du handicap) ». a) Diffuser le cahier des charges et les modalités de candidature au programme auprès des acteurs de la santé mentale du département. b) Identifier les équipes associatives et les bailleurs sociaux intéressés pour déposer un projet. Recourir aux CLSM, sur les territoires dotés, pour faire émerger des initiatives communes. Le PTSM doit permettre de fournir un appui aux CLSM dans leurs actions auprès des bailleurs. c) Fournir un appui au dépôt de projets par les acteurs du département. Il est à noter que la DRIHL est prête assurer un soutien méthodologique pour les projets qui ne seraient pas totalement aboutis au moment du dépôt. d) Exercer, tout au long des cinq années du PTSM, une veille sur d'autres leviers de financement et sur d'autres modèles et expériences de coopération santé mentale / opérateurs du logement déployés sur le territoire et en dehors, et les diffuser au sein du département.	a et b) 1^{er} et 2^{ème} trim. 2021 c et d) 5 années du PTSM
2. Déployer le dispositif de logement accompagné « Un chez soi d'abord » pour améliorer l'offre en appartements de coordination thérapeutique (ACT) accessibles aux personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique Soutenir et développer, dans le cadre du PTSM, le projet « Un chez soi d'abord » déjà été évoqué dans le département mais de façon embryonnaire par l'UNAFAM et le CLSM Est du Val d'Oise. a) Rechercher des coopérations avec les bailleurs sociaux du département pour la mise à disposition de logements dans le cadre du dispositif, afin de lever les freins économiques et de permettre aux personnes concernées de pouvoir être titulaire du bail de leur logement à terme (système de bail glissant). b) Identifier le.s porteur.s sanitaires, médico-sociaux du dispositif. Envisager des modalités de gouvernance partagée (GCSMS ?) si pertinent. c) Rechercher un financement via la DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement) pour la mise en place d'une équipe sanitaire et médico-sociale dédiée.	a) Dès 2021 b) Selon AAP DRIHL
3. Améliorer la coordination des politiques locales du logement et de celles de la santé mentale via le PTSM	2022 - 2025

a) Promouvoir la prise en compte de la santé mentale dans les PLH (programmes locaux de l'habitat), portés par les EPCI, en s'appuyant sur les commissions logement des CLSM quand elles existent. Concernant les PLH des EPCI ne comportant pas de CLSM, envisager des modalités de participation des acteurs de la santé mentale à leur élaboration par d'autres biais. b) Travailler en lien avec les acteurs du logement et de l'hébergement dans la définition et la mise en œuvre du PDALHPD (plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées) porté par le Conseil départemental et la DDCS. Il est important que des acteurs de la santé mentale, mandatés dans le cadre du PTSM, puissent s'inscrire dans les travaux autour du PDALHPD.	
--	--

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des équipes pluriprofessionnelles et des logements sociaux pour le projet « Un chez soi d'abord »
- Financement DRIHL pour les coopérations avec les bailleurs sociaux dans le cadre du fonds « HLM accompagné »
- AAP pour les appartements de coordination thérapeutique

Précisions / points de vigilance

- L'action doit être pensée en mode parcours, c'est-à-dire avec une graduation des dispositifs depuis le logement en aval de l'hospitalisation articulant soin et projet d'insertion, jusqu'au logement autonome avec bail de droit commun.
- Lien vers des actions santé mentale menées dans le cadre du programme « 10 000 HLM accompagnés » : <https://www.union-habitat.org/centre-de-ressources/habitants-politiques-sociales/dossier-hlm-accompagnes>
- Il est noté que les PLH et PDALHPD sont des outils essentiellement d'orientation stratégique. S'il est important de les utiliser pour y inscrire une dynamique de décroisement des acteurs de l'hébergement et du soin, des actions très opérationnelles sont attendues dans le cadre de cette fiche action.

b. Information en santé mentale / lutte contre la stigmatisation

Objectif : Renforcer les actions de promotion de la santé mentale auprès de la population du Val d'Oise

<u>Travaux du GT4</u> Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	Action n° 4.2. Renforcer le soutien aux CLSM existants et développer de nouveaux CLSM, pour que ces instances puissent mettre en œuvre des actions d'information et de promotion de la santé mentale sur leur territoire	
Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☑ Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes ○ Soutenir l'implantation et le développement des CLSM en passant de 58 CLSM actifs sur la région en 2017 à 116 CLSM en 2022	<u>Porteurs :</u> ▪ CODES 95 pour le pilotage des actions d'information ▪ DD ARS 95 – pôle ressources pour la coordination des CLSM	<u>Contributeurs :</u> ▪ CLSM ▪ PSYCOM ▪ EPCI du territoire ▪ CCAS

Enjeu de l'action au regard du diagnostic

Les troubles psychiques restent mal connus au sein de la population générale, ce manque de connaissance est facteur de rejet et de **stigmatisation**.

Les CLSM sont les mieux placés pour mettre en place des **actions d'information et de sensibilisation de la population générale** en santé mentale à l'échelle des communes, mais tous les territoires n'ont de CLSM.

5 CLSM existent dans le département, mais seulement 4 sont en fonctionnement (pas de poste de coordonnateur pourvu pour le 5^{ème}). Ces CLSM peuvent parfois être dans un **sentiment d'isolement et de fragilité**, face aux dynamiques électorales sur leur territoire. Une dynamique de rapprochement des CLSM du département a été initiée par leurs coordonnateurs.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de CLSM sur le territoire à la fin des 5 années du PTSM
- Nombre de rencontres organisées chaque année entre les CLSM, à l'initiative de l'ARS ou des CLSM eux-mêmes
- Nombre d'actions menées par les CLSM en matière d'information / déstigmatisation de la santé mentale

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Développer les CLSM sur le territoire et mettre en place une dynamique de coordination ▪ Recenser les zones et besoins prioritaires sur le département en termes de coordination des acteurs de la santé mentale ▪ Mener une politique de sensibilisation des élus sur ces zones ▪ Travailler le lien entre les CLSM en s'appuyant sur la dynamique de coordination déjà mise en place par les CLSM du département entre eux	2021 - 2025

2. Soutenir et coordonner les CLSM dans la mise en place d'actions d'information et de lutte contre la stigmatisation en population générale ▪ Veiller à la cohérence territoriale des actions menées, et être force de proposition des actions à mettre en place dans le cadre des CLSM en matière de lutte contre la stigmatisation en s'appuyant sur : ○ L'observation des besoins à l'échelle du département ○ La capitalisation des actions menées par les CLSM du département ○ La coordination nationale des Semaines d'information en santé mentale (SISM) ▪ Diffuser auprès du public, à l'échelle du département, les actions menées par les CLSM en matière de lutte contre la stigmatisation, concourir à améliorer leur lisibilité ▪ Soutenir, faciliter, les initiatives des CLSM dans la diffusion d'information en santé mentale vers les partenaires	2021 - 2025
--	----------------------------

Moyens nécessaires identifiés

- Financement des actions menées par les CLSM en matière d'information du public

Précisions / points de vigilance

- Les CLSM déplorent leur absence de budget de fonctionnement, qui les soumet à des financements précaires et incertains ne permettant pas de développer des actions pérennes.

c. Prévention en milieu éducatif et scolaire

Objectif : Informer – sensibiliser les professionnels du milieu éducatif et scolaire

<u>Travaux du GT4</u> Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	Action n° 4.3. Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif				
<u>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u> ☑ Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations ○ Mettre en place d'ici 2022 au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce et développement des compétences parentales sur chaque département ○ Renforcer les programmes de type expérientiel de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire pour enfants de 6 à 12 ans	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="737 560 1043 604"><u>Porteurs :</u></th><th data-bbox="1043 560 1474 604"><u>Contributeurs :</u></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="737 604 1043 1164"> ■ DSDEN 95 ■ MDA du département </td><td data-bbox="1043 604 1474 1164"> ■ CODES 95 ■ Pôles de pédopsychiatrie ■ CIO (les psychologues y ont des missions qui se sont élargies) ■ Psychologues et IDE scolaires ■ ASV, CLS, CLSM ■ CD 95, pour les collèges ■ Pôle de ressources, pour les QPV ■ GEM / MSP / pairs aidants ■ PRE ■ REAAP ■ PMI </td></tr> </tbody> </table>	<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>	■ DSDEN 95 ■ MDA du département	■ CODES 95 ■ Pôles de pédopsychiatrie ■ CIO (les psychologues y ont des missions qui se sont élargies) ■ Psychologues et IDE scolaires ■ ASV, CLS, CLSM ■ CD 95, pour les collèges ■ Pôle de ressources, pour les QPV ■ GEM / MSP / pairs aidants ■ PRE ■ REAAP ■ PMI
<u>Porteurs :</u>	<u>Contributeurs :</u>				
■ DSDEN 95 ■ MDA du département	■ CODES 95 ■ Pôles de pédopsychiatrie ■ CIO (les psychologues y ont des missions qui se sont élargies) ■ Psychologues et IDE scolaires ■ ASV, CLS, CLSM ■ CD 95, pour les collèges ■ Pôle de ressources, pour les QPV ■ GEM / MSP / pairs aidants ■ PRE ■ REAAP ■ PMI				

Enjeu de l'action au regard du diagnostic

L'éducation à la santé mentale (actions de promotion et de prévention) auprès des enfants et des adolescents est aujourd'hui confrontée à des **inégalités territoriales** au sein du département.

L'offre est encore **peu structurée et manque de pilotage** à l'échelle du département. Les propositions sont disparates selon les établissements et les collectivités territoriales. Ces actions sont souvent isolées, n'entrent pas dans une démarche de mise en projet globale et cohérente.

S'il existe des **ressources** sur lesquelles s'appuyer pour le déploiement de ces actions (comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté – CESC – émergents au sein des établissements, IDE scolaires, Maisons des adolescents, CSAPA du territoire – qui ont des missions de prévention difficiles à pérenniser en raison d'un manque de financements pérennes dédiés), leur déploiement souffre du déficit de postes pourvus au sein de la médecine scolaire.

Indicateurs de suivi / résultats

- Présence d'un diagnostic de l'existant en matière d'actions de prévention au sein des établissements scolaires, des CLS, des CLSM et des ASV
- Nombre d'actions de formation en santé mentale menées au sein des établissements scolaires et à l'échelle des EPCI sur le département
- Nombre d'actions de renforcement des compétences psychosociales menées aux sein des établissements scolaires, identité des opérateurs et nombre d'élèves concernés par ces actions

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Renforcer les compétences en santé mentale des professionnels de l'Éducation nationale a) Élaborer un diagnostic plus approfondi de l'existant. ▪ En termes d'actions de prévention au sein des établissements scolaires, des CLS, des ASV, des MDA et des CLSM notamment. Il est important de ne pas multiplier les actions mais de tenir compte de ce qui est déjà fait, en fonction des infra territoires. Cette action doit « compléter » et non « substituer ». ▪ Au niveau des besoins en formation / sensibilisation des professionnels. ▪ Au niveau des compétences disponibles au sein du département. Un questionnaire en ligne à renseigner par les IDE scolaires et coordonnateurs de dispositifs de coordination territoriale, pourrait être une modalité efficace de recensement à la fois des actions existantes et des besoins. b) Proposer des formations croisées pour sensibiliser les professionnels des établissements scolaires à la prévention et au repérage ▪ Public : en priorité les IDE et les psychologues scolaires, puis les enseignants. ▪ Contenu : comment dispenser de l'information en santé mentale auprès des enfants et des adolescents, comment repérer des difficultés psychiques chez les élèves et quelle orientation proposer à la suite du repérage. ▪ Modalités : intégrer des patients experts dans la conception et l'animation de ces temps de sensibilisation.	a) 2021 b) 2022 - 2025
2. Déployer des actions de renforcement des compétences psychosociales (CPS) en milieu scolaire et en milieu éducatif a) Recenser les ressources disponibles et les communiquer aux établissements via les IDE et psychologues scolaires. b) Former les IDE et psychologues scolaires dans les établissements pour qu'elles animent ou impulsent ce type d'actions. c) Amener les établissements à intégrer les parents dans les actions de renforcement des CPS, et à leur diffuser les ressources disponibles.	a) 2021 b) 2022 c) 2022
3. Poursuivre une réflexion globale sur la coordination de la prévention dans le département ▪ Comment améliorer le pilotage des actions à l'échelle du département (cohérence et couverture territoriale, coopérations, mise en projet) ? ▪ Quels acteurs, quelle structure, pourraient avoir la légitimité pour cette fonction ?	2021 – 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens humains en professionnels de la santé mentale (psychiatres, psychologues, acteurs médico-sociaux) pour dispenser des actions de sensibilisation auprès des professionnels de l'Éducation nationale
- Soutien logistique pour la réalisation d'un diagnostic de l'existant
- Politique territoriale de prévention

Précisions / points de vigilance

- Action à corréliser avec l'action 3.4 sur le soutien aux professionnels de l'Éducation nationale pour la maintien dans une scolarité ordinaire des élèves faisant l'objet d'un Projet Personnalisé de Scolarisation.
- Cette action devra tendre à s'élargir pour intégrer une réflexion et des sous actions visant le renforcement des compétences parentales, le soutien à la parentalité, en intégrant dans ses contributeurs des acteurs tels que les PRE (Programmes Réussite Éducative), les PMI et les REAAP (Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents).

d. Prévention de la souffrance psychique au travail

Objectif : Renforcer la prévention de la souffrance psychique au travail au sein du département

<u>Travaux du GT4</u> Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	Action n° 4.4. Promouvoir les actions de prévention primaire en santé mentale au travail au sein des CLS et CLSM du département. Favoriser la coordination des acteurs de la santé mentale et des services de santé au travail dans ces actions à l'échelle locale.	
Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF ☑ Faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations ☑ Faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques ☑ Agir pour des pratiques « orientées rétablissement » ☑ Soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes	<u>Porteurs :</u> ■ À définir	<u>Contributeurs :</u> ■ CLSM ■ CLS ■ AMETIF et autres services de santé au travail agréés dans le Val d'Oise ■ DD ARS 95 ■ Direccte

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

La thématique de la souffrance psychique au travail est insuffisamment traitée dans le département.

Sur le plan de la prévention primaire des risques psycho-sociaux (RPS), les outils disponibles, comme le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), sont insuffisamment utilisés dans les entreprises. La sensibilisation des dirigeants relève des prérogatives des services de santé au travail (SST).

Sur le plan de la prise en charge, les services de santé au travail souffrent d'une pénurie de ressources humaines, de sorte que leur intervention se fait la plupart du temps après la survenue des pathologies. Il existe seulement trois consultations psychologiques spécialisées dans la souffrance au travail (membres du réseau souffrance et travail) dans le département, ce qui pose des difficultés d'accès géographique, mais aussi économique.

Enfin, il semble que les missions et organisations des services de santé au travail ne soient **pas suffisamment lisibles** aujourd'hui pour le grand public. Leur statut d'indépendance notamment vis-à-vis des employeurs n'est pas suffisamment connu.

Indicateurs de suivi / résultats

- Nombre de CLSM ayant mis en place une commission « santé au travail »
- Nombre de commissions « santé au travail » dans lesquelles un SST est représenté.
- Type d'actions menées par ces commissions, en lien avec les SST
- Fréquentation des actions de sensibilisation à la santé au travail déployées par ces commissions
- Retours d'expériences sur ces actions

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Constituer des commissions « santé au travail » dans l'ensemble des CLSM, lorsqu'elles n'existent pas (ou intégrer cet axe dans la commission emploi), intégrant des représentants des EPCI, de la psychiatrie, des usagers et des aidants, du secteur de l'entreprise si réalisable	2021 – 2024 en fonction des dynamiques propres à chaque CLSM
2. Intégrer les services de santé au travail dans ces commissions a) Répertorier les services de santé au travail agréés pour le département. b) Leur diffuser l'existence de ces commissions et du projet de coopération SST – santé mentale dans le cadre du PTSM.	
3. Élaborer, dans ces commissions, entre autres actions, un document répertoriant les différentes ressources locales disponibles en matière de souffrance au travail (consultations souffrance et travail, services de santé au travail, Maisons de la justice et du droit, possibilités d'accompagnement psychologique en CMP/libéral – notamment)	
4. Élaborer, dans le cadre de ces commissions, des actions en population générale, visant à : ▪ Mieux faire connaître le rôle des services de santé au travail ▪ Sensibiliser aux risques psycho-sociaux en entreprise ▪ Diffuser le document ressources élaboré en commission auprès des entreprises locales et de la population générale Ces actions pourraient être intégrées dans les semaines d'information en santé mentale pour bénéficier d'un cadre de déploiement favorable et moins coûteux en organisation. Dans un deuxième temps et en fonction des moyens disponibles, ces actions pourraient également conduire à renforcer l'offre de prise en charge spécialisée en souffrance au travail, estimée comme très insuffisante par les acteurs du département. Un projet de cellule d'écoute départementale avait été évoqué à cet effet dans le diagnostic ayant précédé le PTSM.	
5. Déployer ces actions, en réaliser le bilan, et envisager les modalités de leur diffusion en dehors des territoires dotés d'un CLSM.	2025

Moyens nécessaires identifiés

- Moyens pour la mise en place d'actions en population générale
- Dans un second temps, moyens pour le renforcement de l'offre de prise en charge spécialisée

Précisions / points de vigilance

- S'appuyer sur le Plan santé au travail (PST3) porté par la Direccte IDF, qui comporte un axe RPS, que les services de santé au travail ont la charge de décliner.
- Sur le volet prise en charge, s'appuyer sur la Maison souffrance au travail du 78 pour un exemple d'organisation de consultations pluridisciplinaires.
- Corréler cette action avec le déploiement des SISM (action 4.2)

e. Les outils numériques en santé mentale

Objectif : Accompagner dans l'accès aux supports numériques en santé mentale

<u>Travaux du GT4</u> Axe du PTSM : Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	Action n° 4.5. Promouvoir et accompagner l'utilisation des outils de l'e-santé auprès du public et des professionnels de la santé mentale, dans le département	
<u>Lien avec les priorités en santé mentale du PRS IDF</u> ☑ Mobiliser pour la psychiatrie de demain ○ Construire un registre des outils de santé numérique accessibles aux patients	<u>Porteurs :</u> ▪ À définir	<u>Contributeurs :</u> ▪ CODES 95 ▪ Pôle de psychiatrie générale du département ▪ Coordination 95 (ESMS handicap psychique) ▪ CLSM ▪ Acteurs sociaux intervenant auprès des jeunes (missions locales, centres sociaux jeunesse, CCAS) ▪ CAF

Enjeux de l'action au regard du diagnostic

L'utilisation de supports numériques pour l'accès à l'information, voire aux accompagnements, se développe au sein de la population, avec le soutien du Ministère de la santé qui entend « promouvoir la santé mentale 3.0 ».

Le recours aux supports numériques comporte des effets positifs :

- Il apporte des connaissances aux patients leur permettant d'être davantage acteurs de leur santé et des décisions s'y rapportant
- Il permet de développer une logique de pair aideance entre patients
- Il peut améliorer la prise en charge au quotidien (applications de santé, de bien être)
- Il comporte un aspect ludique, qui peut favoriser une meilleure compliance aux prises en charge
- Il est vecteur d'information en population générale et concourt à la déstigmatisation des troubles psychiques

Ces outils engendrent également des risques :

- Un risque de creusement des inégalités sociales relatif au niveau de littéracie requis pour une utilisation en autonomie, mais aussi au niveau d'équipement nécessaire et à sa maîtrise (enjeux de « fracture numérique »)
- Un risque d'« Infobésité », du fait de l'abondance des ressources disponibles
- Un risque d'informations inadéquates, de pratiques non éthiques ou imprudentes

Il convient donc de promouvoir un accompagnement par les professionnels compétents dans l'utilisation de solutions numériques, afin d'orienter le public vers une utilisation prudente et raisonnée.

Indicateurs de suivi / résultats

- Existence d'un groupe de travail en charge de promouvoir la culture e-santé
- Existence et diffusion d'un support « bonnes pratiques et recensement des sources pertinentes »
- Déploiement d'un outil spécifique au département en e-santé mentale
- Nombre de formations croisées sur l'utilisation des supports numériques

Étapes de mise en œuvre	Calendrier
1. Favoriser la mobilisation des professionnels en santé mentale dans l'accompagnement à l'utilisation du numérique Mettre en place un groupe de travail chargé de : a) Répertorier les dispositifs e-santé existants aux plans national et départemental b) Élaborer un support d'accompagnement : charte des bonnes pratiques (incluant une alerte sur les pratiques imprudentes), répertoire des outils considérés comme pertinents c) Diffuser ce support d'accompagnement des patients dans l'usage des ressources numériques, au sein de chaque structure et établissement intervenant en santé mentale et en prévention d) Mettre en place des formations croisées (journées d'études, temps de sensibilisation) visant à échanger avec l'ensemble des professionnels du territoire intervenant en santé mentale, avec les familles et les personnes concernées, sur les enjeux de l'accompagnement à l'utilisation du numérique, à recueillir les difficultés rencontrées, à capitaliser sur l'expérience des uns et des autres	2021 - 2022
2. Accompagner la population du département dans l'utilisation des supports numériques en santé mentale a) Étudier la mise en place d'un dispositif e-santé mentale propre au val d'Oise b) Se rapprocher de la CAF qui a mis en place une action « Les promeneurs du net » visant à éduquer / orienter les jeunes dans l'accès aux ressources. Évaluer la transférabilité de cet outil en santé mentale c) Élaborer des ateliers d'accompagnement du public pour l'utilisation des outils retenus (définir des opérateurs)	2023 - 2025

Moyens nécessaires identifiés

- Groupe de travail
- Moyens pour l'élaboration d'un support et sa diffusion
- Moyens pour les formations croisées
- Moyens pour la mise en place éventuelle d'un dispositif e-santé mentale propre au département

Précisions / points de vigilance

- Ne pas circonscrire cette action uniquement aux jeunes, qui ont déjà des pratiques d'e-santé.
- Envisager également des actions auprès des personnes plus âgées, visant à lutter contre la fracture numérique.
- Concernant les publics en situation de précarité, une action du PRAPS vise à « Développer l'usage du numérique au bénéfice des populations démunies », en « accompagnant les acteurs à l'utilisation de l'outil numérique (formation, appui) ».

VI. ANNEXES

1. SYNTHÈSE DES PORTEURS D' ACTIONS

Repérage et accès aux soins psychiques	
1.1. Réaliser un bilan territorial de l'expérimentation du dispositif Ecoute'Emoi afin d'améliorer son développement dans le département et de lever les freins qui ont été constatés	- MDA de Gonesse - DAC Est 95
1.2. Développer des équipes mobiles permettant l' « aller vers » des soins en santé mentale, par publics cibles (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), en priorisant les besoins (repérage, intervention précoce, gestion de crises) et en s'appuyant sur le réseau des partenaires	- DD ARS 95 - DAC Sud 95 - CH Argenteuil
1.3. Renforcer les espaces de soins de psychiatrie périnatale (consultations, CATTP, hôpitaux de jour, équipes mobiles) pour la prise en charge des troubles des interactions précoces	- EP2 (CH Argenteuil) - Cadre supérieur de maternité, assistante de pôle femme mère enfant (CH Argenteuil)
1.4. Augmenter les places d'alternative à l'hospitalisation temps complet pour les enfants et les adolescents en accueil de jour proposant des activités de groupe (CATTP, hôpitaux de jour ...)	DD ARS 95
1.5. Envisager la création de dispositifs psychiatriques ambulatoires spécifiques aux 16-25 ans , déployant des techniques issues de la réhabilitation psychosociale en lien avec les acteurs du parcours du jeune, afin d'éviter par une intervention précoce l'altération des fonctions cognitives et des compétences sociales	- P2R95 (CH Argenteuil) - ADAPT - Les Ailes Déployées
1.6. Développer les consultations spécialisées dans la prise en charge des psychotraumatismes dans le département	CUMP 95
1.7. Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) du département. Renforcer la coordination des acteurs de la précarité , en impliquant les élus par le biais des CLSM du département, et en créant un comité de pilotage des EMPP du département, en lien avec la coordination régionale	Établissements portant les EMPP du territoire
1.8. Déployer des dispositifs de télémédecine vers les ESSMS du département (EHPAD, établissements sociaux et, établissements pour adultes et enfants en situation de handicap psychique sans ressource médicale interne)	- CHA / GHEM via le pôle inter-hospitalier de gériatrie - DAC Est 95
Prévention et gestion des situations de crise et des situations d'urgence	
2.1. Structurer les parcours des personnes en situation de crise , en élaborant des modalités de réponses graduées associant le réseau des intervenants (famille, médecins généralistes, réponse téléphonique, télémédecine, équipes mobiles, cellule de crise pour adolescents, CMP, urgences, etc.) et en diffusant ces modalités	À identifier
2.2. Renforcer les programmes d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale sur le département, qui ont un impact sur le taux de rechute	- Clinique la Nouvelle Héloïse - CoordETP95 - CH Argenteuil

2.3. Réviser le protocole départemental concernant le transport des personnes sans consentement , et promouvoir son intégration dans le futur schéma départemental des urgences psychiatriques adultes du val d'Oise	■ Préfecture du Val d'Oise ■ DD ARS 95
2.4. Organiser et déployer via le dispositif Vigilans , une réponse formalisée et partagée par l'ensemble des centres hospitaliers du département, pour le suivi des patients à risque suicidaire après leur passage à l'hôpital	■ CH Argenteuil
Parcours de vie et de santé sans rupture en vue du rétablissement et de l'inclusion	
3.1. Améliorer la couverture en dispositifs médico-sociaux dans le département, que ce soit dans le droit commun ou en milieu adapté, pour les enfants et les adultes ; et favoriser l'accueil séquentiel ou temporaire en ESMS, en fonction des besoins individuels et de leur fluctuation	■ MDPH ■ CD 95 ■ DD ARS 95
3.2. Mettre en place une plateforme territoriale de santé mentale en lien avec les 3 dispositifs d'appui à la coordination en cours de développement dans le département, chargée d'appuyer les professionnels dans l'orientation et dans la gestion des cas complexes	■ DAC Est 95 (Opalia) ■ DAC Centre 95 (Joséphine) ■ DAC Ouest 95 (Coordinov)
3.3. Renforcer les synergies entre les groupes d'entraide mutuelle ainsi que leur autonomie de fonctionnement et favoriser le recrutement et l'intégration de pairs aidants et de médiateurs de santé pairs au sein des équipes	■ UNAFAM 95 ■ Mutuelle la Mayotte
3.4. Soutenir les acteurs de l'Éducation Nationale pour l'accompagnement des élèves et étudiants présentant des difficultés d'ordre psychique, en vue de leur maintien dans une scolarité en milieu ordinaire . Renforcer les dispositifs d'accès aux études des enfants et adolescents pris en charge en psychiatrie (enseignants spécialisés, soins-études)	■ DSDEN 95 ■ À identifier pour le soin et/ou le médico-social
3.5. Développer des partenariats et dispositifs innovants qui soutiennent l'aller vers l'emploi , en associant les dispositifs spécialisés et du droit commun	■ ADAPT ■ Pôle emploi / Cap Emploi
3.6. Développer des dispositifs d'accompagnement / de soutien des familles et des enfants de personnes souffrant de troubles psychiques , dès le repérage, tout au long du parcours et face aux situations de crise	■ CH Argenteuil ■ CLSM du 95
Coordination des acteurs de soins ville – hôpital	
3.7. Renforcer la coordination entre la médecine de ville et la psychiatrie , par la mise en place de modalités de soins et d'outils de communication partagés, et par la réaffirmation de la mission d'accès aux soins somatiques des CMP	■ CH Argenteuil ■ Future CPTS du territoire d'Argenteuil
Action sur les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de la santé mentale	
4.1. Développer des dispositifs de logement accompagné dans le département : appartements de coordination thérapeutique, logement inclusif, logement social, baux glissants, résidences accueil, propositions innovantes...	■ UNAFAM 95 ■ CLSM du 95
4.2. Renforcer le soutien aux CLSM existants et développer de nouveaux CLSM , pour que ces instances puissent mettre en œuvre des actions d'information et de promotion de la santé mentale sur leur territoire.	■ CODES 95 ■ DD ARS 95 ■ Pôle ressources

4.3. Déployer des actions de prévention en santé mentale et de renforcement des compétences psychosociales des enfants (intégrant les parents et les pairs aidants), en milieu scolaire et éducatif	■ DSDEN 95 ■ MDA du département
4.4. Promouvoir les actions de prévention primaire en santé mentale au travail au sein des CLS et CLSM du département. Favoriser la coordination des acteurs de la santé mentale et des services de santé au travail dans ces actions à l'échelle locale.	■ À identifier
4.5. Promouvoir et accompagner l'utilisation des outils de l'e-santé auprès du public et des professionnels de la santé mentale, dans le département	■ À identifier

2. GLOSSAIRE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AAP	: Appel à projets
ARS	: Agence régionale de santé
ASE	: Aide sociale à l'enfance
CAARUD	: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques
CATTP	: Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	: centre communal d'action sociale
CD	: Conseil départemental
CDOM	: Conseil départemental de l'ordre des médecins
CH	: Centre hospitalier
CMP	: Centre médico-psychologique
CLS	: Contrat local de santé
CLSM	: Conseils locaux de santé mentale
CPS	: compétences psychosociales
CPTS	: Communauté professionnelle territoriale de santé
CSAPA	: Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTS	: Conseil territorial de santé
CSSM	: Commission spécialisée en santé mentale (du CTS)
CUMP	: Cellule d'urgence médico-psychologique
DAC	: Dispositif d'appui à la coordination
DEA	: Dispositif emploi accompagné
DSDEN	: Direction des services départementaux de l'Éducation nationale
DD ARS	: Délégation départementale de l'Agence régionale de santé
EMPP	: Équipe mobile psychiatrie précarité
EPCI	: Établissement public de coopération intercommunale
ESSMS	: établissements et services sociaux et médico-sociaux
ESMS	: établissements et services médico-sociaux
ESAT	: Établissement et service d'aide par le travail
GEM	: Groupe d'entraide mutuelle
HDJ	: Hôpital de jour
IME	: Institut médico-éducatif
ITEP	: Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
MAIA	: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MCO	: Médecine chirurgie obstétrique
MDA	: Maison des adolescents
MDPH	: Maison départementale des personnes handicapées
MSP	: Médiateur de santé pair
PASS	: Permanence d'accès aux soins de santé
PDALHPD	: Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées

PLH : Programme local de l'habitat

PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies

PRS : Projet régional de santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RAPT : Réponse accompagnée pour tous

RPS : Risques psycho-sociaux

SISM : Semaine d'information en santé mentale

SST : Service de santé au travail

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

URPS : Union régionale des professionnels de santé

3. COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL D'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

a. GT1 – Accès aux soins psychiques

- Mme AUTEFAGE, Attachée territoriale, ASE, Conseil départemental 95
- Dr Zohra BAARIR, Psychiatre, Équipe mobile, CH Argenteuil
- Dr Marie-Noëlle BALAS, Psychiatre, GHT Beaumont-sur-Oise/Pontoise
- Dr Michel BAUX, CPTS
- Dr Françoise BOIN, Médecin addictologue, CSAPA Voie 11, Persan-Beaumont
- Carole DAOUD, Coordinatrice, DAC Opalia 95
- Dr Françoise DUMONT, Psychiatre, GHT Eaubonne-Argenteuil
- Tanguy CHOLIN, Chargé de mission, DD ARS 95
- Dr Béatrice COINTEPAS, Médecin, PMI, Conseil départemental 95
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin généraliste, CDOM 95 et SOS médecins 95
- Dr Nathalie FAVROLLE, Médecine scolaire, DSDEN 95
- Maryvonne GOURDIN, Bénévole, UNAFAM 95
- Pascale JARNOUX, Cadre supérieur de santé, GHT Eaubonne-Argenteuil
- Dr Olivier LABERGÈRE, Chef de pôle, CH Gonesse
- Pauline MAISONNEUVE, Directrice des affaires médicales et des coopérations territoriales, CH Argenteuil
- Danielle MENETRIER, Coordinatrice, MDA de Gonesse
- Dr Alain MERCIER, CPTS
- Vanessa MORIN, APED Espoir, Beaumont, Oise
- Dr Valérie NIRO ADES, Directrice, Clinique Clinéa, Orgemont
- Dr Jérôme PRADERE, Psychiatre, service SUP'ADO, CH Argenteuil
- Dr PROUST, Médecins, PMI, Conseil départemental 95
- Dr Philippe TAURAND, Psychiatre, GHT Eaubonne-Argenteuil
- UDCCAS, Domont
- Dr Anne ROZENCWAJG, Cheffe de pôle, CH Gonesse

b. GT2 – Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence

- Dr Emmanuelle BAUDOUIN, GHT NOVO
- Dominique CARAGE, Présidente CSSM, Bénévole UNAFAM 95
- Dr Jean-Paul DABAS, Médecin, SAMU 95
- Hélène DOMISSE, Cadre Supérieur de santé, CH Argenteuil
- Dr Carole DUPUY, Psychiatre, Clinique Nouvelle Héloïse

- Sarah DENIS, Chef de service, CCAS Argenteuil
- Jacques DOURY, Directeur, Fondation John Bost
- Dr Sandrine DURANTON, Médecin, SDIS 95
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin généraliste, CDOM 95 et SOS médecins 95
- Dr Thomas HUPPERT, Psychiatre, CH Argenteuil
- Dr Laure KERVADEC, Médecin référent santé mentale, DD ARS 95
- Frédéric LAUZE, Police nationale Val d'Oise Sud
- Corinne LECLERCQ, Directrice, SAMSAH Belle Alliance
- Florence MAUROY, Directrice, Centre d'hébergement d'urgence, CCAS Argenteuil
- Dr Alain MERCIER, CPTS
- Dr Mohamed RAHAL, Psychiatre, GHT Eaubonne-Argenteuil
- Estelle TEMPLIER, Cadre Supérieur de santé, EMPP et CMP, CH Argenteuil
- Préfecture

c. GT3 – Parcours de vie et de santé sans rupture en vue de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes / Accès aux soins somatiques

- Elisabeth ASDRUBAL, Directrice générale, Cap Emploi
- Laurence BARRERE, Cadre supérieur de santé, CH Argenteuil
- Laurent BILLARD, Directeur général, APED Espoir
- Marie BOBOT, Coordinatrice, CLSM Val d'Oise Est
- François DELACOURT, Directeur général, Mutuelle La Mayotte
- Annick DENISET, Bénévole, UNAFAM 95
- Mbark ESSAMADI, Directeur, SAVS ARMME
- Nicole ESPEILLAC, Directeur, Résidence accueil Éragny
- Carole FOUQUES, Directrice, HEVEA
- Dr Brigitte GAINET, MDPH
- Audrey GUGLIELMI, MDPH
- Valérie HONORE ROUGE, Service contrôle et tarification ES handicap Conseil départemental 95
- Isabelle KEREBEL, Inspectrice Handicap, DSDEN 95
- Christophe LAMISSE, Chef de pôle, CH Argenteuil
- Carole LHOMMEDET, Coordinatrice pôle insertion, Cap emploi
- Dorothée MARCHAND VIAL, Coordinatrice P2R95, CH Argenteuil
- Matthieu MARCHAND, Directeur Territorial, Pôle emploi
- Sophie MELAN, Pilote, DAC Sud Val d'Oise
- Dr Béatrice MISCOPEIN, Psychiatre, CH Gonesse
- Dr Mounsséf OUDRHIRI, Maison hospitalière, Association Les ailes déployées
- Dr Marie PENICAUD, Médecin généraliste, CMS Argenteuil
- Dr Jérôme PETITDIDIER, centre de psychothérapie d'Osny

- Karine POUPPEE, ASE, Conseil départemental 95
- Angélique RENAULT, Bailleur social SEQENS
- Olivier SUFT, Directeur d'établissement, Fondation John Bost

d. GT4 – Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

- Adeline ATTJETALLAH, Coordinatrice, CLSM Val Paris
- Marie BOBOT, Coordinatrice, CLSM Val d'Oise Est
- Laëtitia BOISSEAU, Présidente Union Départementale des CCAS, Vice-Présidente CCAS Taverny, adjointe au maire de Taverny
- Dr Delphine COURTECUISSSE, Médecine scolaire, DSDEN 95
- Christine DEMARTY, Cadre supérieur de santé, CH Gonesse
- Jean-Luc DEPEYRIS, Directeur général, Sauvegarde 95
- Nancy DRU, Directrice, CODES 95
- Bruno DUMAS, Directeur, Club de prévention spécialisé jeunesse Imaj95
- Dr Patricia ESCOBEDO, Médecin généraliste, CDOM 95 et SOS médecins 95
- Michèle FOINANT, Directrice, Fondation Chaptal
- Geneviève GAGNEUX, Coordinatrice, CLSM Cergy-Pontoise
- Ludovic HADJEB, Fondation Chaptal
- Brice JACQUEMIN, AORIF
- Mélissa MAHIEUX, Responsable service santé, CLS-ASV Cergy
- Matthieu MARCHAND, Directeur Territorial, Pôle emploi
- Dr Gérard MESURE, Médecin addictologue, CSAPA Imagine
- Dalila MORO, Bénévole, UNAFAM 95
- Dr Chantal MOUTET-KREBS, Médecin, AMETIF Ermont
- Jean-Michel POUS, CAF
- Chistel QUELLEC, Mission Locale Taverny
- Dr SPINU, Psychiatre, CH d'Argenteuil
- Marianne TOUTEAU-FERY, CPAM
- Tiffaine VITEAU, Coordinatrice, CLSM Haut-Val d'Oise
- Dr Erwan VION, Chef de pôle pédopsychiatrie, CHRD de Pontoise