



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Conseil Territorial de Santé de Paris

Santé mentale

Mardi 4 novembre 2025

Introduction du Président du Conseil Territorial de Santé de Paris

Point d'actualité par Madame Esther LEPAICHEUX, Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de-France

« La santé mentale à Paris : du PTSM au PTSM2 »

par le Dr Sébastien BISAC, Chef du Pôle 5-6-7, Responsable Médical Équipe Mobile ORIGAMI, Président du COFIL du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) de Paris

La santé mentale à Paris : du PTSM au PTSM2

Conseil Territorial de
Santé de Paris – 2025



INTRODUCTION

La santé mentale à Paris : une offre riche, mais complexe

Une offre particulièrement dense et diversifiée :

- 12 **secteurs de psychiatrie infanto-juvénile**
- 26 **secteurs de psychiatrie adulte**
- 3 **opérateurs publics**
- Une vingtaine d'**opérateurs privés**, à but lucratif ou non lucratif

 **Une richesse qui est aussi un défi :**

La pluralité des dispositifs rend parfois le paysage difficile à lire pour les usagers, et les articulations entre les champs d'intervention restent encore fragiles.

Les besoins en santé mentale depuis la crise sanitaire

Depuis la crise sanitaire, les besoins ont profondément évolué :

- Hausse significative des demandes de soins psychiques ;
- Publics les plus concernés : **jeunes, étudiants, familles, personnes en situation de précarité** ;
- Transformation des attentes : besoin d'accompagnement, de prévention et de continuité.

 **La santé mentale dépasse la question du soin :**

Elle dépend aussi du **logement, du travail, de la scolarité, du lien social, de l'accès à la culture** et, plus largement, des **conditions de vie quotidiennes**.

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

Le PTSM n'est pas né de la crise sanitaire,
mais il y trouve aujourd'hui toute sa pertinence.

Un cadre national de coordination :

- Permet à chaque territoire de structurer une **politique partagée** en santé mentale ;
- Favorise la **cohérence** entre les acteurs du soin, du social, du médico-social, de l'éducation, du logement et du travail ;
- S'articule autour d'un objectif commun :

Prévenir, accompagner et inclure durablement les personnes concernées.

Le PTSM à Paris : une gouvernance partagée et structurée

Le PTSM à Paris : une gouvernance partagée

Un cadre commun pour coopérer en santé mentale :

- Le **PTSM** structure la coopération entre tous les acteurs du territoire.

Une gouvernance partagée :

Un large ensemble d'acteurs institutionnels, sanitaires, médico-sociaux, éducatifs et associatifs réunis autour d'une **stratégie commune en santé mentale**,

Signature en **2024 du Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM 75)**,
entre l'**ARS**, la **Ville de Paris**,
les **associations d'usagers** et plusieurs **partenaires institutionnels**.

La gouvernance du PTSM à Paris

■ Le Comité de pilotage (COPIL)

Réunit les principaux acteurs institutionnels et associatifs :

- Ville de Paris
- AORIF
- Fondation l'élan retrouvé
- ARS Île-de-France (délégation de Paris)
- GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences
- Fondation Falret
- DRIHL
- ASM 13
- Hôpitaux Paris est val de Marne
- Éducation nationale
- APHP
- Fondation Santé des Étudiants de France (FSEF)
- UNAFAM, Mutualité Française
- Représentants d'usagers et associations du champ de la santé mentale

■ Le Comité de coordination

- Acteurs opérationnels : Ville de Paris, GHU Paris, ARS Île-de-France, Fondation Falret
- Assure la **cohérence** et le **suivi opérationnel** des actions du contrat territorial

Des actions concrètes sur le territoire

Un cadre opérationnel concret :

- 20 **fiches-actions co-construites** avec les partenaires
- Des priorités traduites en **réalisations concrètes sur le territoire**

Quelques exemples emblématiques :

- **ELIAHS** : accompagnement entre **habitat et soins**, prévention des expulsions
- **DLAI** : dispositif de **logement accompagné pour l'inclusion**, piloté notamment par la Fondation Falret
- **Transition pédopsychiatrie / psychiatrie adulte** : continuité des parcours pour les 15–20 ans
- **Accès aux soins somatiques** : partenariats structurés et éducation thérapeutique

Une dynamique collective :

Ces actions traduisent la volonté du PTSM de **relier le soin, le logement, l'inclusion sociale et la citoyenneté**, dans une approche coordonnée entre établissements, associations et acteurs publics.

Le rôle des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

■ Un maillon essentiel de la déclinaison du PTSM :

- Espaces de **concertation locale** réunissant élus, professionnels, associations et habitants
- Outils de **démocratie en santé**, favorisant la prévention, le logement, l'éducation et l'insertion ;
- Permettent d'adapter les réponses aux **besoins spécifiques des territoires**.

■ Un potentiel à renforcer :

- Des fonctionnements encore **inégalement mobilisés** selon les arrondissements ;
- Nécessité d'un **engagement homogène** des politiques locales ;
- Les CLSM doivent devenir de **véritables instances locales de gouvernance**, intégrées dans la stratégie municipale et soutenues par les institutions.

■ Objectif :

Faire des CLSM le **lien vivant entre la stratégie du PTSM et la vie du territoire**, au service d'une **santé mentale partagée, durable et ancrée dans la cité**.

PTSM

Document opérationnel de 5 ans qui formalise les actions prioritaires en santé mentale, incluant le repérage précoce, l'accès aux soins, la coordination des acteurs et la réhabilitation psycho-sociale.



CTSM

Le Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) est un document opérationnel qui détaille les actions prioritaires et la coordination des acteurs dans le domaine de la santé mentale, pour une période de 5 ans, en lien avec le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM).



CLSM

Démarche territoriale qui rassemble divers acteurs pour améliorer la santé mentale de la population en luttant contre la stigmatisation, en agissant sur les déterminants de la santé mentale, en prévenant les troubles psychiques et en favorisant l'inclusion.

Du PTSM vers le PTSM 2 : évaluer, consolider et élargir

Du PTSM au PTSM 2 : un moment charnière

Une nouvelle étape pour la santé mentale à Paris :

- Fin du **premier PTSM**, préparation du **PTSM 2**
- Une **opportunité collective** : mesurer, comprendre et consolider les acquis
- Élargir le champ de l'action en santé mentale

■ Les acquis du premier PTSM :

- Mise en place d'une **gouvernance partagée**
- Développement d'**actions concrètes** sur le territoire
- Mobilisation d'acteurs issus du **sanitaire, du social, du médico-social, de l'éducation et du monde associatif**

■ Une réalité confirmée :

La santé mentale ne dépend pas uniquement des soins, mais aussi de la manière dont les **politiques publiques répondent aux besoins du quotidien** : se loger, apprendre, travailler, participer à la vie sociale et accéder à la culture.

Avant d'ouvrir le PTSM 2, il est indispensable d'évaluer la qualité et l'impact du travail engagé.

Une évaluation fondée sur des indicateurs partagés :

- Délais d'accès aux soins
- Prévention des ruptures de parcours
- Coordination intersectorielle
- Satisfaction et participation des usagers
- Effets sur la vie quotidienne des personnes concernées

Donner toute sa place à l'expérience des usagers

Au-delà des chiffres : une évaluation humaine et partagée

- L'évaluation du PTSM ne peut se limiter à des indicateurs techniques.
- Elle doit **intégrer la parole et l'expérience des usagers et des familles.**

Pourquoi ?

C'est par leur regard que l'on mesure la **pertinence réelle des actions**, la **cohérence des parcours** et l'impact sur la vie quotidienne.

■ À Paris :

- Valoriser les réussites et renforcer les synergies ;
- Construire un **socle commun d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs** ;
- **Associer les usagers** à l'évaluation pour guider les priorités à venir.

Cette démarche ouvre naturellement vers une culture de la participation et de la pair-aidance.

La participation et la pair-aidance : une force du PTSM parisien à développer

Une dynamique déjà ancrée à Paris :

- Le PTSM parisien s'est distingué par **l'intégration active des usagers, des pairs-aidants et des représentants de familles** dans sa gouvernance.
- Cette participation a profondément transformé la manière de concevoir la santé mentale : **penser et agir avec les personnes concernées**, et non plus seulement entre institutions.

■ Un levier de transformation :

- La **pair-aidance** : soutien entre pairs, facteur de rétablissement, moteur d'innovation.
- La **participation** : garante d'une politique de santé mentale ancrée dans l'expérience vécue.

■ Pour le PTSM 2 : poursuivre et amplifier

- Renforcer les **postes de pairs-aidants** et leur accompagnement.
 - Développer les **formations croisées** entre pairs, professionnels et institutions.
 - Consolider la **présence des usagers** dans le comité de coordination et les instances de pilotage.
- Faire de la participation un pilier durable de la gouvernance parisienne en santé mentale.**

Trois priorités pour le PTSM 2

Mise en œuvre prévue : fin 2025

■ 1. Renforcer la lisibilité du PTSM

■ 2. Assurer une visibilité claire, durable et structurante des moyens financiers

■ 3. Élargir le champ des priorités

➤ **Objectif** : faire du PTSM 2 un cadre stable, lisible et inclusif, au service d'une santé mentale durable à Paris.

1. Renforcer la lisibilité du PTSM

■ Un objectif : rendre le PTSM visible et compréhensible pour tous

- Mieux identifié par les **habitants, les familles, les élus et les partenaires de terrain**
- Passer d'un cadre technique à un **repère citoyen et collectif**, incarné par les acteurs du territoire

■ Moyens d'action :

- Organisation de **journées dédiées** et **forums intersectoriels**
- **Rencontres locales** et actions de proximité
- **Campagnes d'information** partagées
- Création d'un **site internet dédié au PTSM parisien**, rendant visibles les ressources, dispositifs et actions locales

➤ **Faire du PTSM un repère vivant et accessible pour tous les Parisiens.**

2. Assurer une visibilité claire, durable et structurante des moyens financiers

■ Un principe essentiel : la stabilité des moyens pour la pérennité des actions

- Les objectifs et financements doivent être **clairement identifiés, stables et articulés**
- Nos tutelles doivent offrir une **lisibilité des enveloppes disponibles** et une **visibilité pluriannuelle** des financements
- Importance d'une **transparence accrue** sur les ressources engagées

■ Structurer durablement les coopérations :

Les acteurs sont prêts à se réunir, partager et construire,
à condition que ces dynamiques soient **soutenues par des moyens concrets et pérennes**.

■ Vers une reconnaissance territoriale :

- Faire du **PTSM une référence partagée, voire un label commun**, garantissant la cohérence des initiatives locales
- Faciliter l'accès aux **dispositifs de financement** (FIOP, appels régionaux, programmes ARS...)
- Renforcer la **lisibilité, la confiance et la continuité** de l'engagement collectif

➤ **Sans sécurisation des moyens, la dynamique collective du PTSM ne peut perdurer.**

3. Élargir le champ des priorités

■ Un nouveau champ d'action pour le PTSM 2 :

Le futur projet territorial devra intégrer des thématiques encore **peu développées** dans le premier cycle :

- **La périnatalité**
- **La santé mentale de l'enfant**
- **La prévention précoce**
- **Le soutien à la parentalité**

■ Des enjeux à fort impact :

Ces dimensions, au croisement de la **santé, de la prévention et du développement**, doivent devenir des **axes structurants** du PTSM 2.

- **Objectif** : renforcer la continuité des parcours dès les premiers âges de la vie et soutenir la santé mentale des enfants et des familles sur le long terme.

Conclusion : Pour une santé mentale partagée et inscrite dans le temps long

Pour une santé mentale partagée et inscrite dans le temps long

■ Le passage au PTSM 2 : une étape de continuité et de confiance

- Il ne s'agit pas de recommencer, mais de **prolonger et consolider** ce qui a été construit collectivement.
- Le PTSM 2 doit s'affirmer comme un **cadre de confiance**, reliant politiques, moyens et personnes autour d'un objectif commun :
faire de la santé mentale une responsabilité partagée, visible et portée dans la durée.
- Cette ambition nécessite des **engagements pluriannuels**, garants de stabilité pour les équipes et de cohérence pour les actions.
- Une **meilleure visibilité des budgets et des moyens** est essentielle pour renforcer la confiance et assurer la continuité des projets.

Une culture commune, des moyens durables, un ancrage territorial

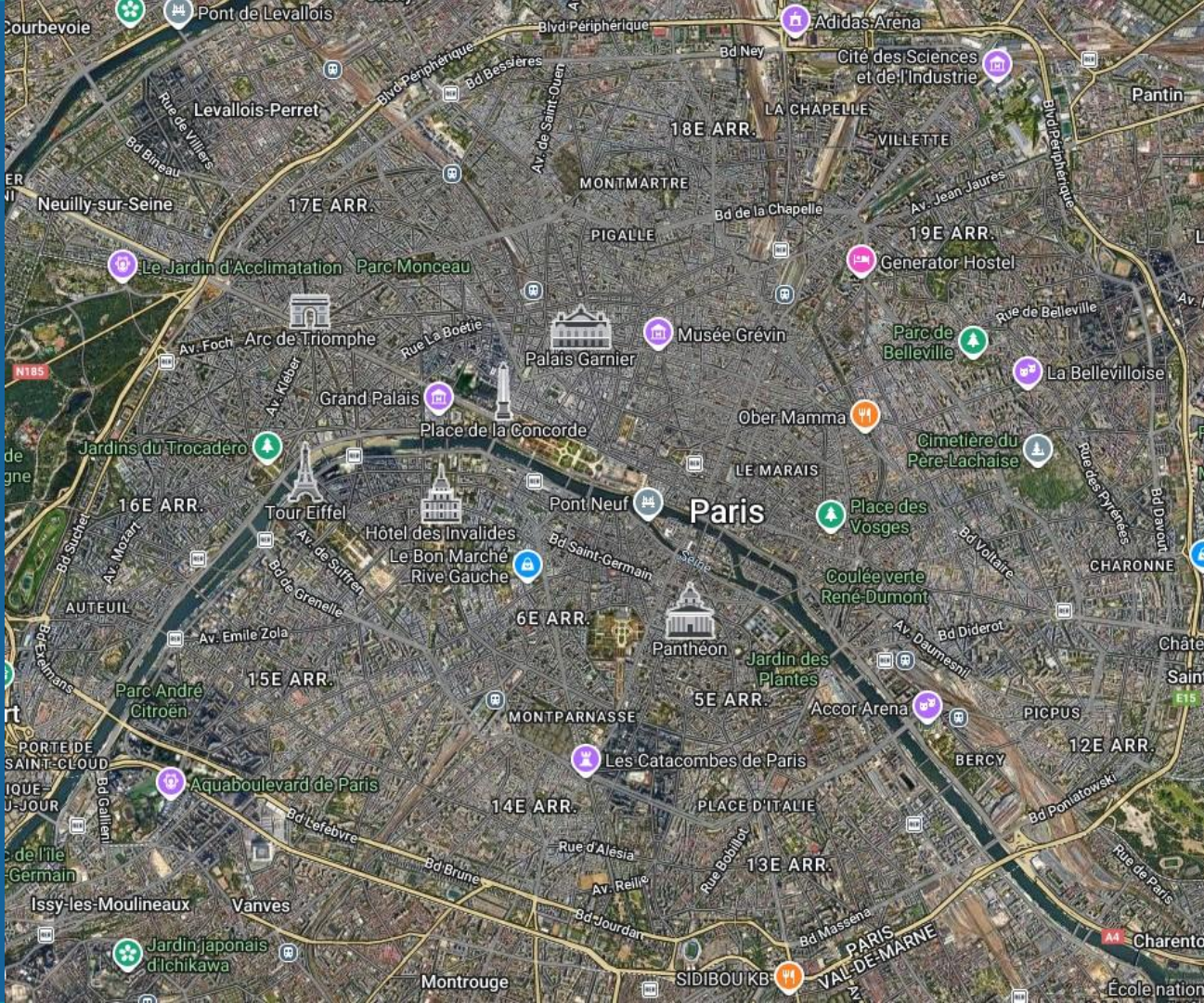
■ Construire une santé mentale collective et ancrée dans le territoire

- Agir pour la santé mentale, ce n'est pas seulement créer de nouveaux dispositifs : C'est **penser et relier les parcours de vie**, entre soin, éducation, logement, travail et culture.
- Cette dynamique repose sur une **culture commune de coopération, de prévention et d'inclusion**.
- Elle doit être soutenue par des **moyens à la hauteur des besoins**, garantissant la qualité et la proximité des prises en charge.

La réussite du PTSM 2 dépendra de **l'alliance entre les acteurs du soin, du social, de l'éducation, du logement et de la vie locale** :

non comme un nouveau programme, **mais comme une manière durable de renforcer l'action collective en santé mentale, en lien avec les acteurs et les besoins du territoire.**

**Merci de votre
attention**



« Santé mentale et public jeune : la Maison des adolescents Robert Debré »

par Madame Valérie GIMONET, Directrice de la Maison des adolescents Robert Debré

Les Maisons des Adolescents

Valérie Gimonet

*Directrice de la MDA Robert Debré
Déléguée Régionale de l'ANMDA pour l'Ile de France*

Conseil Territorial de Santé
Paris

mardi 4 novembre 2025

Les Maisons des Adolescents

- Dispositif national encadré par un cahier des charges (en cours de rénovation)
- 125 MDA dont 13 en Ile de France, 2 MDA sur Paris
- Départemental
 - Développement et fonctionnement adaptés au besoin du territoire
 - Diversité de forme juridique (Service hospitalier, GIP, Association, GCSMS...)
- Lieux ressource sur l'adolescence et ses problématiques à destination des Adolescents, des familles et des professionnels
- Composé d'équipes pluridisciplinaires

MAISONS DES ADOLESCENTS

Les missions

- Accueil, évaluation, accompagnement et orientation des jeunes âgés de 11 à 21 ans :
 - accueil généraliste et inconditionnel (avec ou sans rendez-vous, sans autorisation parental, possiblement anonyme)
 - Écoute active, bienveillante et non jugeante
 - Évaluation pluriprofessionnelle des situations
 - Repérage des troubles de santé et des problématiques socio éducatives
 - Dépistage de danger imminent
 - Accompagnement et soin à court terme

- Coordination et appui aux acteurs
 - Espaces d'échanges collectifs
 - Groupe de réflexion
 - Partage de pratiques entre professionnels
 - Actions de formation, sensibilisation à destination des professionnels de l'adolescence
 - Diffusion d'informations et de documents

- Prévention et promotion de la santé
 - Actions collectives au sein des MDA (groupes de parole, ateliers thématiques...)
 - Interventions extra muros en partenariat avec les acteurs du territoire (établissements scolaires, structures jeunesse, professionnels de santé, acteurs sociaux...)
 - Campagnes de sensibilisation et communication
 - Déploiement d'actions de développement des CPS



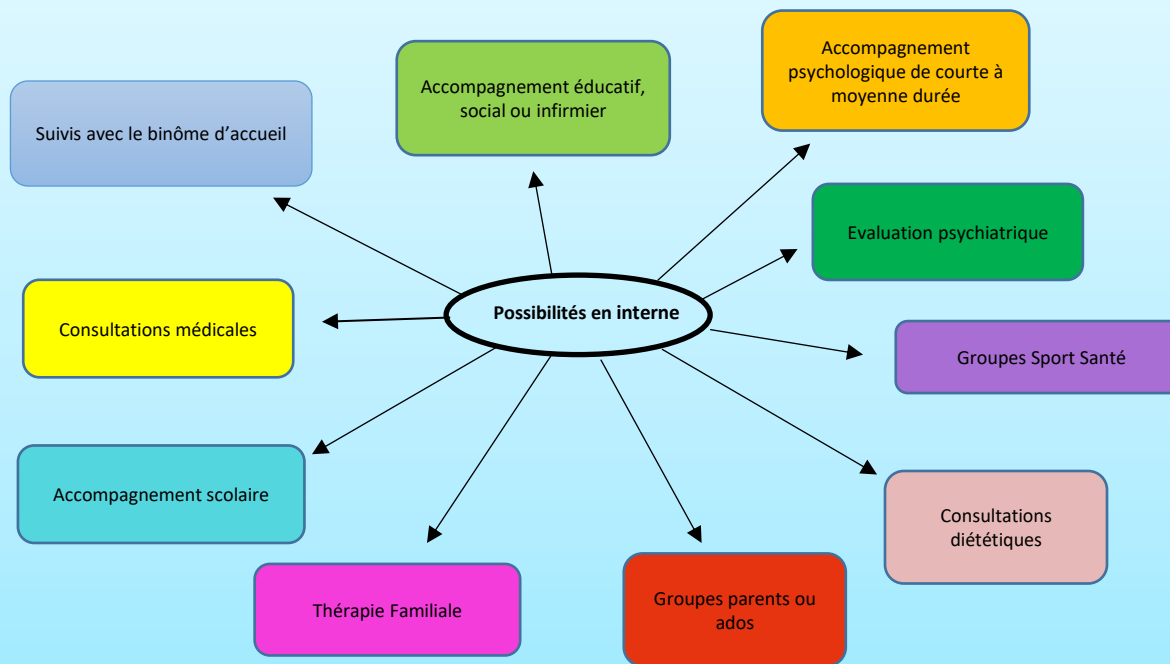
8, avenue de la Porte du Pré saint
Gervais
PARIS 19^{ème}



26 rue Boinod, PARIS
18^{ème}

- ❖ **Statut juridique:** GCSMS composé Le Département de Paris, AP- HP(AP-HP) et de 4 associations ou fondations : la Fondation Œuvre de la Croix Saint-Simon, l'Association Jean Cotxet, La Fondation Jeunesse Feu Vert, la Fondation Santé des Etudiants de France.
- ❖ **Territoire d'intervention:** le Nord Est Paris (70% de 18, 19, 20^{ème})
- **Equipe :** 8,1 ETP (directrice, pédiatre et coordinatrice médicale, psychologues, psychiatre, éducatrice spécialisée, infirmière, assistante sociale, vacations de diététicienne, secrétaire-agent d'accueil)

Le parcours des Adolescents à la MDA



❖ Profil:

- + de 700 jeunes suivis/an, + de 3000 entretiens/consultations
- 15 ans moyen, majorité de filles, 45 % orientés par EN
- Les motifs principaux : manifestations de mal être psychique (stress, anxiété, tristesse, idées suicidaires), difficultés rencontrées à l'école (décrochage scolaire, transgression, harcèlement) et victimes de violences (intrafamiliales, sexuelles...)

❖ Prises en charge et orientations:

- Pour la majorité de ces jeunes, les entretiens et/ou consultations à la MDA vont suffire, pour le temps présent, à répondre aux questions, à calmer les tensions, à désamorcer la crise... **travail de liaison** ++ avec la famille, l'institution scolaire, et les autres partenaires concernés.
- La plupart des situations des jeunes reçus à la MDA sont discutées en réunion d'équipe pluridisciplinaire

Moins de 20% de ces adolescents vont être adressés

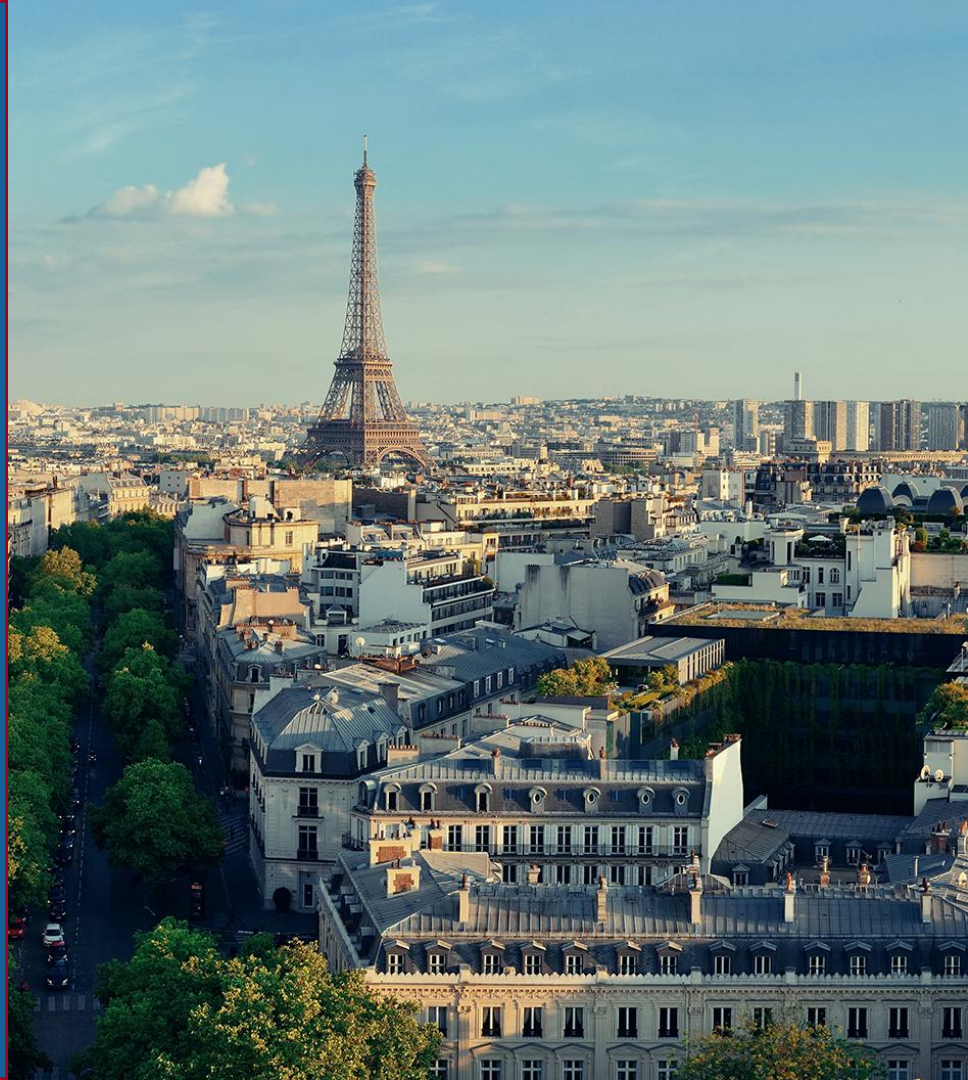
« Les Equipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) à Paris : un dispositif spécifique pour favoriser l'accès aux soins »

par le Dr Corinne LAUNAY, Cheffe du Pôle Psychiatrie Précarité et Cheffe de service d'appui « Santé Mentale Exclusion Sociale »

**Les équipes mobiles psychiatrie précarité
sur Paris : un dispositif spécifique pour
favoriser l'accès aux soins**



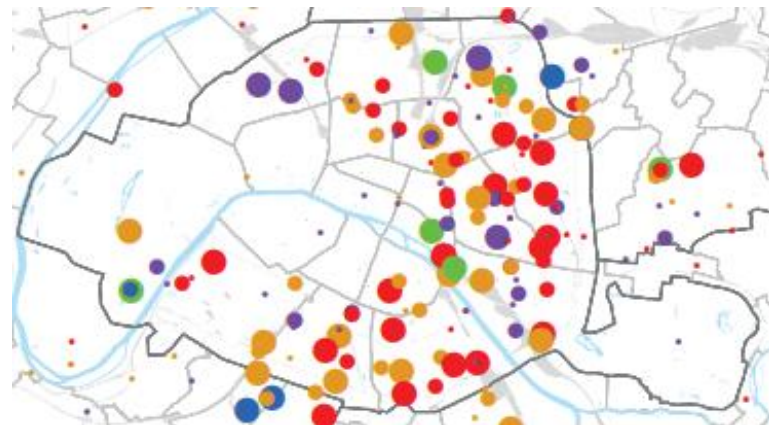
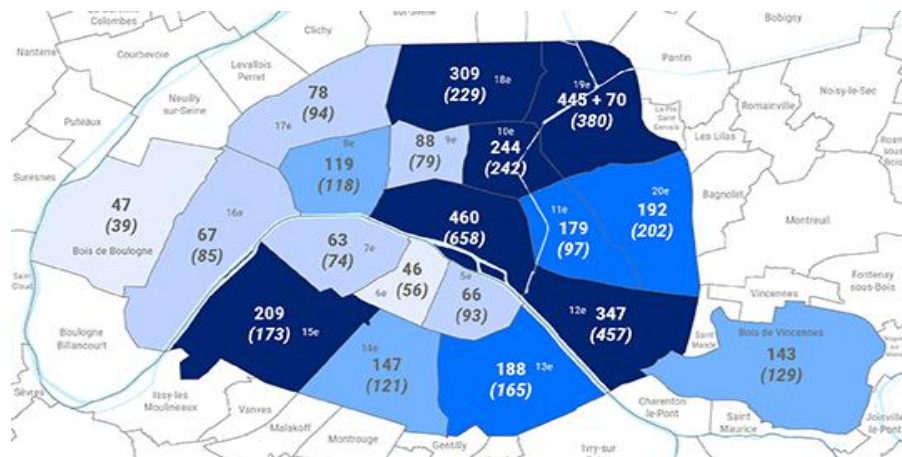
Dr Corinne LAUNAY
Cheffe du pôle psychiatrie
précarité



Forte présence du public en précarité à Paris

3.507 PERSONNES SANS-ABRI DÉCOMPTÉES LORS DE LA 8ÈME ÉDITION DE LA NUIT DE LA SOLIDARITÉ DU 23 AU 24 JANVIER 2025 À PARIS (3.491 LORS DE L'ÉDITION PRÉCÉDENTE DU 25 JANVIER 2024)

Places d'hébergement : 58 079 places à destination du public parisien



CADA/HUDA

- Moins de 50
- De 51 à 100
- Plus de 100

CHRS

- Moins de 50
- De 51 à 100
- Plus de 100

CHU

- Moins de 50
- De 51 à 100
- Plus de 100

CPH

- Moins de 50
- De 51 à 100
- Plus de 100

Autres centres

- Moins de 50
- De 51 à 100
- Plus de 100

Sources : FINESS (mars 2020), Apur

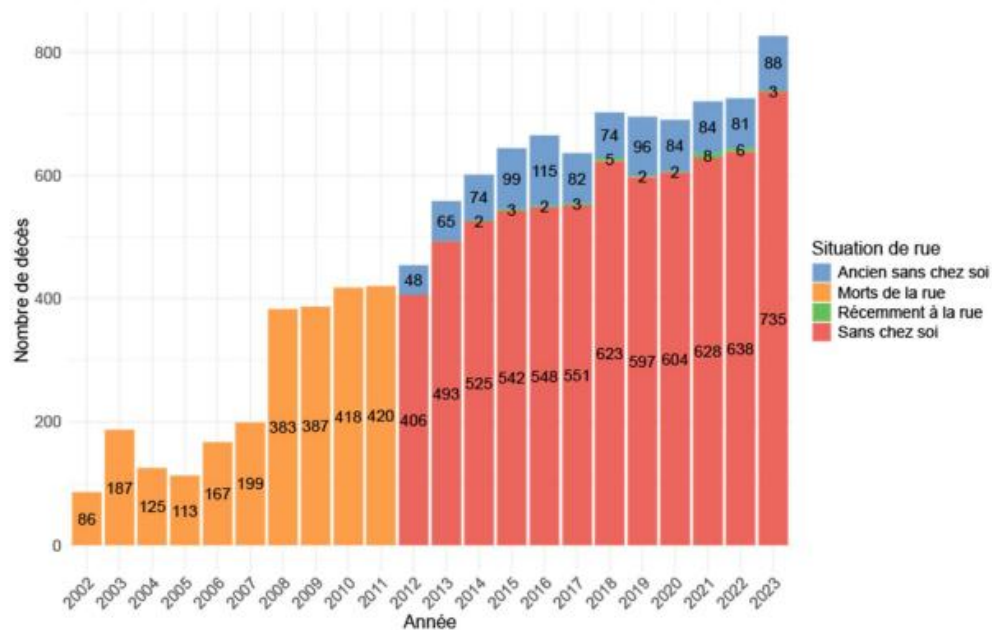
— Espérance de vie

Age moyen des morts
dans la rue : 49 ans
(espérance de vie en
France 85 ans)

Diminution de
l'espérance de vie :
36 ans

COLLECTIF
Les **MORTS**
de La **RUE**

Figure 1 - Evolution du nombre de décès recensés par le CMDR depuis 2002³⁸





- Etude observationnelle, transversale, sur un jour donné : le 28 janvier 2025
- Multi-centrique : GHU Paris, Hôpitaux de Saint Maurice et ASM13 :
- services adultes (consultations, hospitalisations à temps plein, HDJ, ateliers thérapie)
- hors urgences
- Avec un hétéro-questionnaire : avec grille ETHOS

L'étude Santé Mentale Logement 2025 montre une augmentation de la précarité par rapport à 2017

- Augmentation des personnes avec un logement inadéquat + 10 % : 15 % → 25 %
Augmentation des personnes sans logement personnel + 6% : 5 % → 11 %
Augmentation des personnes sans abri + 4 % : 3 % → 7 %
- La couverture sociale reste correcte (mais diminue de 94 à 90 %), avec augmentation de +2 % des patients sans couverture sociale.

Etude SaMentA 2011

Etude IDF sur un échantillon représentatif de personnes en précarité
(sujet ayant dans les 7 derniers jours dormi dans un logement «précaire » type CHU) 840 personnes

32% trouble psychiatrique sévère (40% 18-25 ans)

29 % addictions : 20% ; alcool ; 16 % cannabis

21 % Trouble personnalité Pop gén 4 %

13 % Psychose Pop gén 1-2%

12 % Anxiété Pop gén 5 %

7 % Dépression Pop gén 4,2 %

13% risque suicidaire moyen ou élevé

70% déjà eu contact aux soins dont 25% déjà hospitalisés dont 18% sous contrainte

75% ayant eu un suivi ne l'ont plus : 40% psychotiques

Les équipes mobiles psychiatrie précarité

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.



Ministère de la Santé et des Solidarités
Ministère délégué à la Cohésion sociale et à la Parité

Direction générale de la santé
Sous-direction santé et société
Bureau de la santé mentale (6C)
Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des politiques
D'insertion et de lutte contre les exclusions
Direction de l'hospitalisation et
de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau de l'organisation régionale des
soins et populations spécifiques (O2)

Le ministre de la santé et des solidarités
La ministre déléguée à la cohésion sociale et
à la parité

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de l'hospitalisation (pour
exécution et diffusion)

Madame et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la
prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et
d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Date d'application : immédiate
NOR : SANH0508220 (nante non paru au journal officiel)
Classement thématique : protection sanitaire

Résumé :

Mots-clés : schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), programmes régionaux
d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), précarité et exclusion, santé mentale,
psychiatrie, accessibilité, qualité et continuité des soins, équipes mobiles spécialisées,
réseaux.

Textes de référence :

Des textes de référence actualisés

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)

mise à jour : 09.08.24

Accès aux soins | Lutte contre la pauvreté | Social, Solidarités

A+

A-



Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) interviennent auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, mais aussi auprès des acteurs de première ligne (soignants, travailleurs sociaux...). Un nouveau cahier des charges a été publié en juin 2024 pour actualiser leurs missions et repécifier leur périmètre d'action.

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) tournées vers l'extérieur

Ces équipes ont pour vocation d'intervenir auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques, ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne en lien direct avec ces publics. Elles ont été généralisées sur le territoire via la circulaire du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Un travail de révision du cahier des charges a été entamé en 2022 afin de le mettre en cohérence avec l'activité actuelle des EMPP. Pour ce faire, un groupe de travail composé des directions centrales des ministères, de représentants des agences régionales de santé (ARS), de coordonnateurs des EMPP, de professionnels de terrain et de membres de la commission nationale de la psychiatrie (CNP) s'est réuni à plusieurs reprises permettant de s'accorder sur la rédaction d'un nouveau cahier des charges.

Dans cette rubrique

Les permanences d'accès aux soins de santé - PASS

Documents

- Aide à la décision d'hospitalisation d'un patient en situation (...)**
Téléchargement du pdf (91.3 kio)
- Annuaire des coordonnateurs**
Téléchargement du pdf (87.5 kio)
- Cahier des charges EMPP**
Téléchargement du pdf (194 kio)
- CIRCULAIRE N°DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A, du 23 novembre 2005**
Téléchargement du pdf (133 kio)
- l'instruction n° DGOS / P3 / 2024 / 82 du 6 juin 2024**

Cahier des charges Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) – 2024

I- Définition des Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP)

Les Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) ont pour vocation d'intervenir auprès des publics en situation de grande précarité et d'exclusion présentant des troubles psychiques, ainsi qu'auprès des acteurs de première ligne en lien direct avec ces publics. L'exclusion et la grande précarité génèrent des souffrances notamment psychiques qui fragilisent les individus, les rendent plus vulnérables et les maintiennent à l'écart des prises en charge habituelles du droit commun. Par ailleurs, les troubles psychiques sont surreprésentés¹ parmi les populations les plus précaires, avec des liens complexes et intriqués entre les deux phénomènes.² Il est donc crucial, dans un contexte d'augmentation de la précarité, de développer les formes « d'aller-vers » pour favoriser l'accompagnement de ces publics spécifiques. Les EMPP sont un acteur privilégié de ces démarches « d'aller-vers ».

Elles vont à la rencontre de personnes en situation de grande précarité et d'exclusion afin de créer ou rétablir un lien social, d'évaluer leur état de santé, de les orienter, de leur permettre un accès aux soins et de premières prises en charge. Elles s'adressent également aux acteurs dits de première ligne qui sont amenés à rencontrer, à accompagner et prendre en charge ces publics.

L'évaluation des besoins en santé mentale de ce public fragilisé se heurte souvent à l'absence de demande de soins manifeste voire à un renoncement aux soins. Le besoin de soins peut être cependant plus aisément exprimé par les professionnels de première ligne intervenant auprès de ces publics - au préalable sensibilisés sur le sujet - d'où la nécessité de cette double mission.

Les EMPP interviennent quelle que soit la situation au regard des droits à l'assurance maladie et s'inscrivent dans une démarche d'écoute et de bienveillance auprès de ces publics vulnérables.

Les EMPP sont rattachées préférentiellement à des établissements de santé autorisés en psychiatrie et ont vocation à intervenir dans les zones urbaines, semi-urbaines et rurales présentant chacune des particularités à prendre en compte dans la définition des publics bénéficiaires des actions des EMPP.

Equipes Mobiles Psychiatrie et Précarité : EMPP

Nouveau cahier des charges 2024

- **Publics visés**

Personnes en situation de grande précarité et d'exclusion sociale ET présentant des troubles psychiques

Acteurs de premières lignes (maraude, accueil de jour, centre d'hébergement, ...)

- **Missions**

Aller au devant de ces publics afin de faciliter la prévention, le repérage précoce, l'identification des besoins, l'orientation et l'accès aux dispositifs de soins si nécessaire

Assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales

- **Fonctionnement**

Equipe pluridisciplinaire avec un temps médical, Infirmiers, psychologues, Secrétariat et +/- assistant social, Educateur, AMP

Mesure 9 des Assises de la santé mentale : déploiement de consultation de psychologues avancées pour personnes accueillies sur des sites AHI

En direction de personne en précarité

Rencontre de personnes en rue avec les équipes de maraude

Interventions sur signalement ou permanences dans les lieux sociaux repérés et fréquentés par les usagers (ex CHR, lieux de vie, accueils de jour)

Entretiens individuels (évaluation des besoins)

Accueil, orientation et accompagnement vers des PEC de droits communs (en CMP, ou préparation à l'hospitalisation et aux sorties d'hospitalisation)

PEC dans cadre de groupes d'échanges ou de paroles ou d'ateliers thérapeutiques

En direction des acteurs de premières lignes

Action de formation sur les problématiques liées à la précarité

Actions de reconnaissance, d'échanges de pratiques et de savoirs

Développement de travail en réseau à partir de situations cliniques

Soutien des équipes (information, conseil, supervision)

Un médecin psychiatre

2 à 3 infirmiers

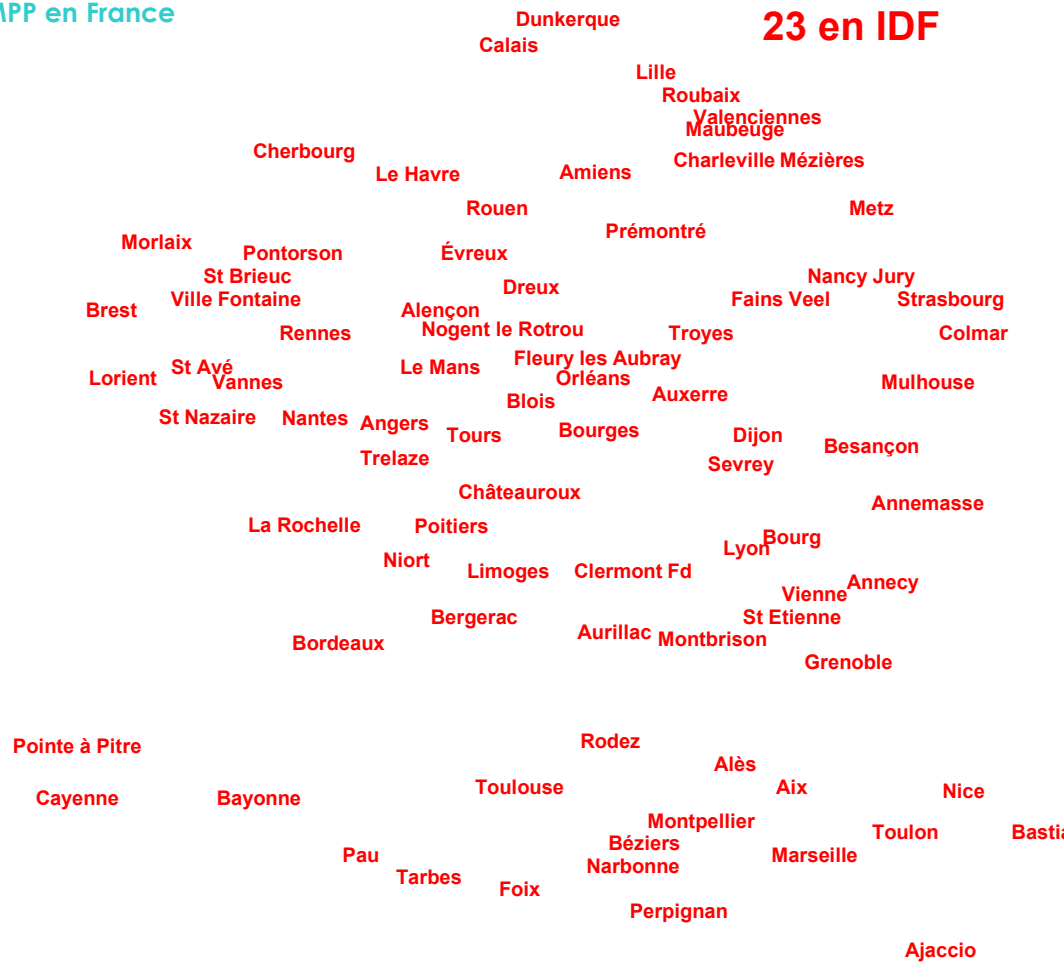
+/- un travailleur social

1 secrétaire

2 à 3 psychologues « AHI »

Plus de 170 EMPP en France

23 en IDF



Région	n. EMPP
Auvergne Rhône Alpes	24
Bourgogne Franche Comté	7
Bretagne	9
Corse	1
Centre Val de Loire	6
Grand Est	12
Guadeloupe	1
Guyane	1
Hauts de France	13
Ile de France	24
Nouvelle Aquitaine	19
Normandie	7
Occitanie	16
Provence Alpes Côte d'Azur	10
Pays de Loire	6
Réunion	2
Total	158

Cartographie des EMPP de Paris

EMPP Nord-Ouest 8^e, 9^e, 17^e et 18^e

27, rue Levert 75020 PARIS

01.87.89.71.18

psyprecarite.nord-est@ghu-paris.fr

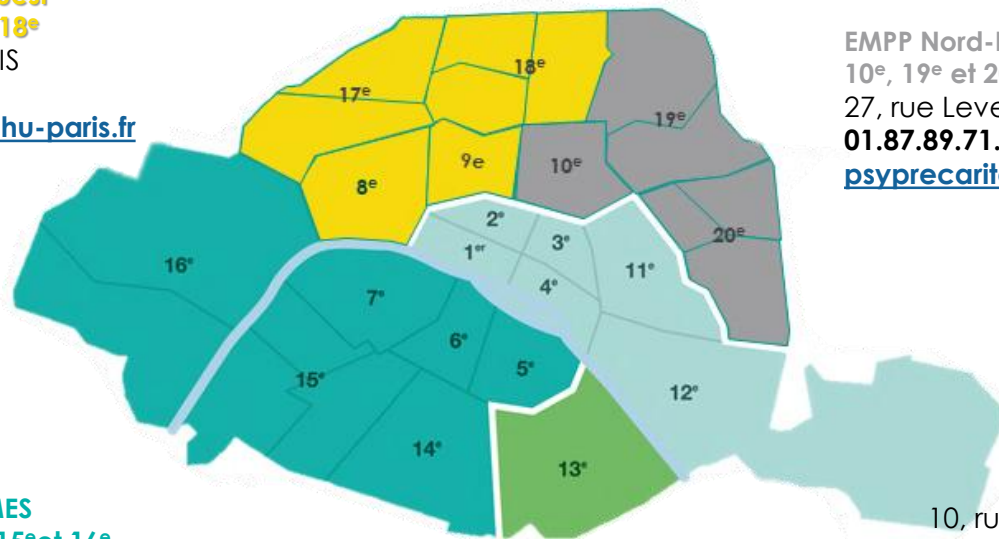
EMPP Nord-Est 10^e, 19^e et 20^e

10^e, 19^e et 20^e

27, rue Levert 75020 PARIS

01.87.89.71.18

psyprecarite.nord-ouest@ghu-paris.fr



EMPP SMES 5^e, 6^e, 7^e, 14^e, 15^e et 16^e

5^e, 6^e, 7^e, 14^e, 15^e et 16^e

2 B, rue d'Alésia 75014 PARIS

01.45.65.87.95

signalements-smes@ghu-paris.fr

ASM 13 13^e

11, rue Albert Bayet 75013 PARIS

01.40.77.44.57

EMPP13@asm13.org

EMPP Centre-Est 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, 11^e et 12^e

10, rue Pierre Lescot 75001 PARIS

01.80.52.70.78

psyprecarite.centre-est@ghu-paris.fr

Permanence du lien plus que du soin

- Tuteur de lien
- Tuteur de médiation
- Lien palliatif
- Lien en action parlante
- Lien en décor réel
- Lien pré-thérapeutique

Lien « bas
seuil »

Evaluation par l'EMPP

Suite à un signalement par un partenaire :

Prise de contact, s'intéresser à la personne, faire le lien, adapter l'entretien à la personne, aller à son rythme

Une triple évaluation :

- Somatique

- Sociale

- Clinique psychiatrique et ATCD psy

 - Observation : bizarrerie, environnement, présentation physique

 - Demande de la personne ? Plaintes ? Besoins exprimés

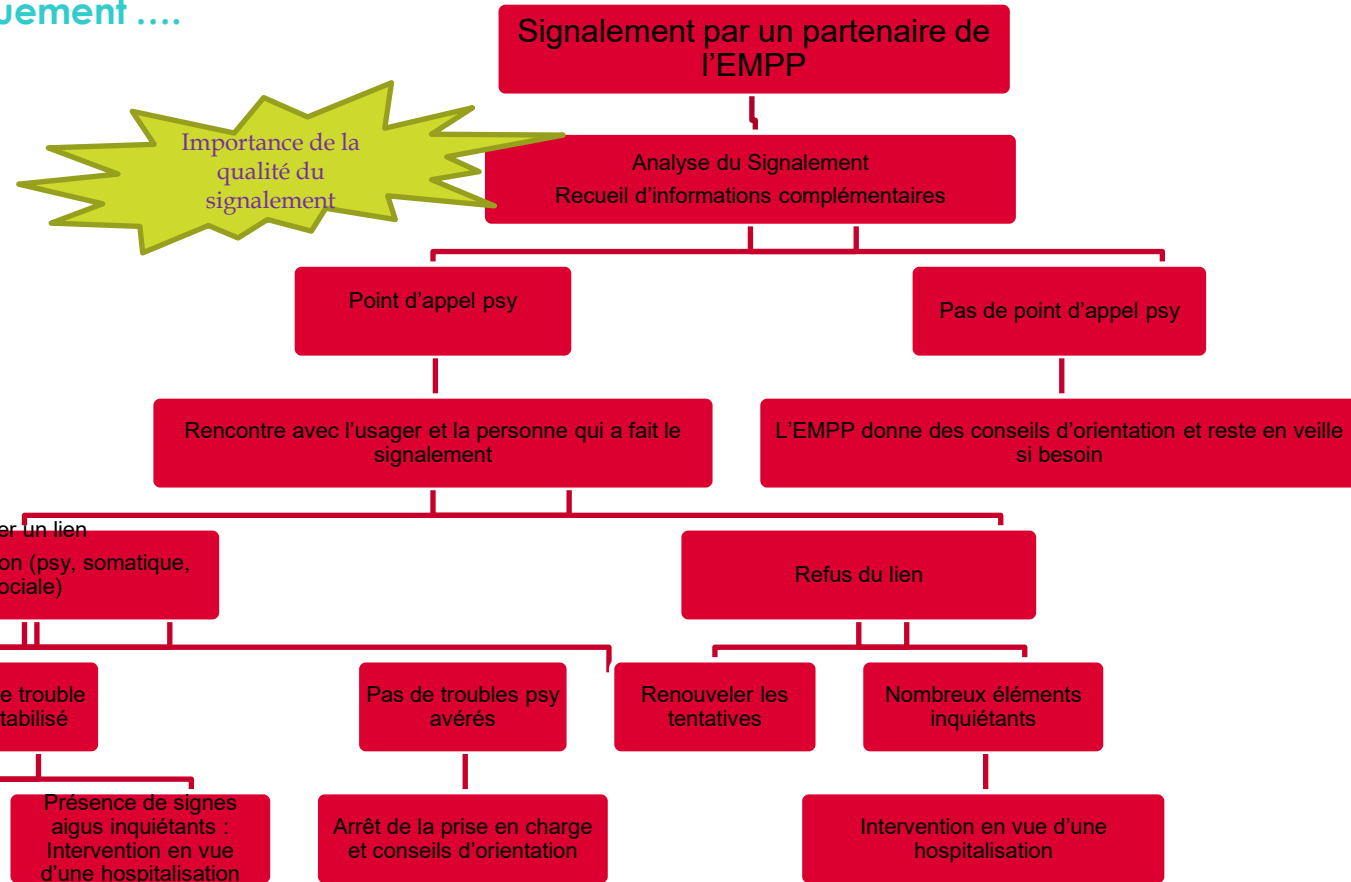
 - Analyse sémiologique du discours : recherche de symptômes thymiques, psychotiques, d'anxiété, ...

 - Evaluation du consentement aux soins et de la capacité à consentir

Ne pas hésiter à exprimer ses inquiétudes

Favoriser les soins libres +++++

En pratique et schématiquement



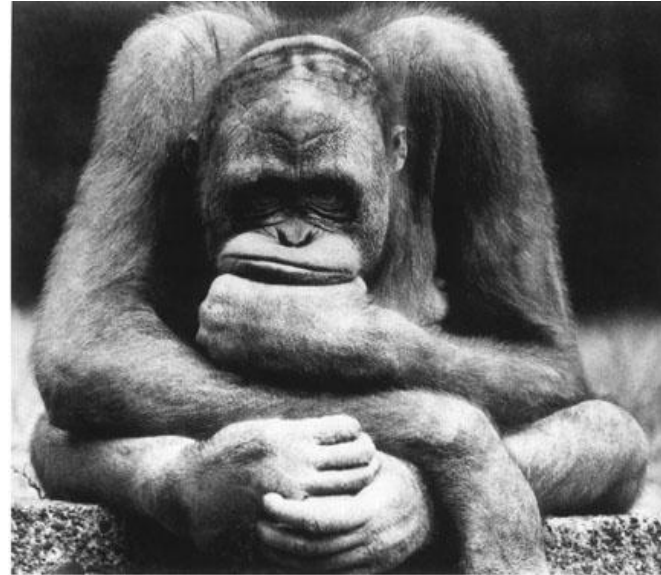
Militantisme
des certitudes
extrêmes

Neutralité
des éthiques
extrêmes

Tous à l'hosto!



C'est leur choix!



M./Mme

né(e) le :

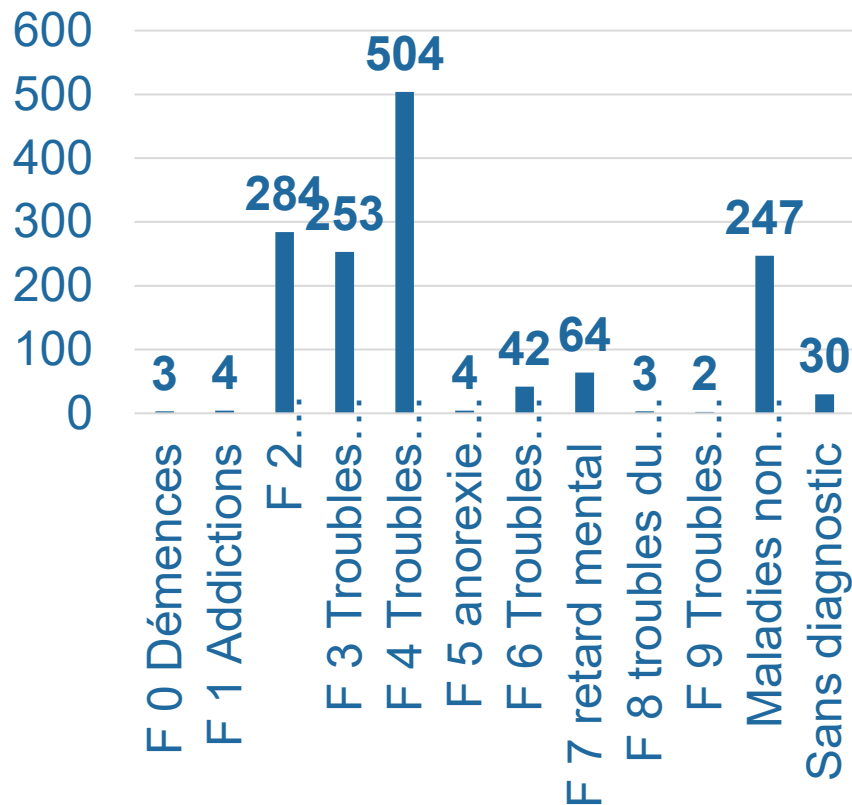
Feuille remplie par :

Service :

le :

		Peu en faveur d'une hospitalisation	En faveur d'une hospitalisation	Très en faveur d'une hospitalisation - avec ou sans consentement en psychiatrie - urgence somatique à prioriser	Pas d'élément de réponse
Éléments cliniques	Idées délirantes ou désorganisation intellectuelle / comportementale	☐ Non	☐ Oui	☐ Oui, générant des troubles du comportement	☐
	Rupture avec l'état antérieur (questionner l'entourage si besoin)	☐ Non	☐ Progressive	☐ Brutale	☐
	Idées suicidaires	☐ Non	☐ Sans velléité de passage à l'acte	☐ Scénarisées avec velléité de passage à l'acte	☐
	ATCD de tentatives de suicide	☐ Non	☐ Oui, critiqué	☐ Oui, non critiqué	☐
	Mises en danger d'autrui ou de soi-même	☐ Non	☐ Oui, critiquées	☐ Oui, non critiquées	☐
	Conscience des troubles	☐ Totale	☐ Partielle	☐ Non	☐
	Nécessité d'un traitement psychiatrique quotidien	☐ Non	☐ Oui	☐ Oui, et pathologies chroniques	☐
	Tentative de soins ambulatoires (CMP, CMS ...)	☐ Fructueuse	☐ Infructueuse, poursuite difficile	☐ Refus du patient	☐
Prise en charge	Comorbidité somatique	☐ Non	☐ Oui, non inquiétant	☐ Oui, état somatique inquiétant (confusion, notion de chute, maladie chronique non équilibrée, ...)	☐
	Accompagnement social	☐ Oui, actif	☐ A relancer	☐ Non	☐
	Suivi psychiatrique (contact avec, fiche de liaison, ...)	☐ Oui, actif	☐ A relancer	☐ Non	☐
	Suivi somatique	☐ Oui, actif	☐ A relancer	☐ Non	☐
Éléments d'exclusion/précarité	Entourage (familial, amical, social, associatif)	☐ Oui, soutenant	☐ Pauvre, peu soutenant	☐ Non, isolement social / aucune aide	☐
	Incurie	☐ Absente	☐ Débutante	☐ Installée et/ou inquiétante	☐
	Consommation de toxiques (alcool, ...)	☐ Absent ou contrôlée	☐ Non contrôlée	☐ Invalidante et/ou inquiétante	☐
	Fréquentation des urgences	☐ Faible, adaptée	☐ Passages fréquents	☐ Passages itératifs, inadaptés, sans accès aux soins durables	☐
	Suivi spécifique par une EMPP	☐ Oui, actif	☐ Réticence à l'accès aux soins	☐ Refus réitérés de soins, accès aux soins impossible	☐
Risque de perte de vue	☐ Non, contact maintenu	☐ Errance, nomadisme, contact aléatoire, ...	☐ Méfiance, refus réitéré de contact, vécu persécutif, fuite, ...	☐	

Diagnostics



Les 4 diagnostics les plus fréquents :

Diagnostics F4 Troubles anxieux : 504

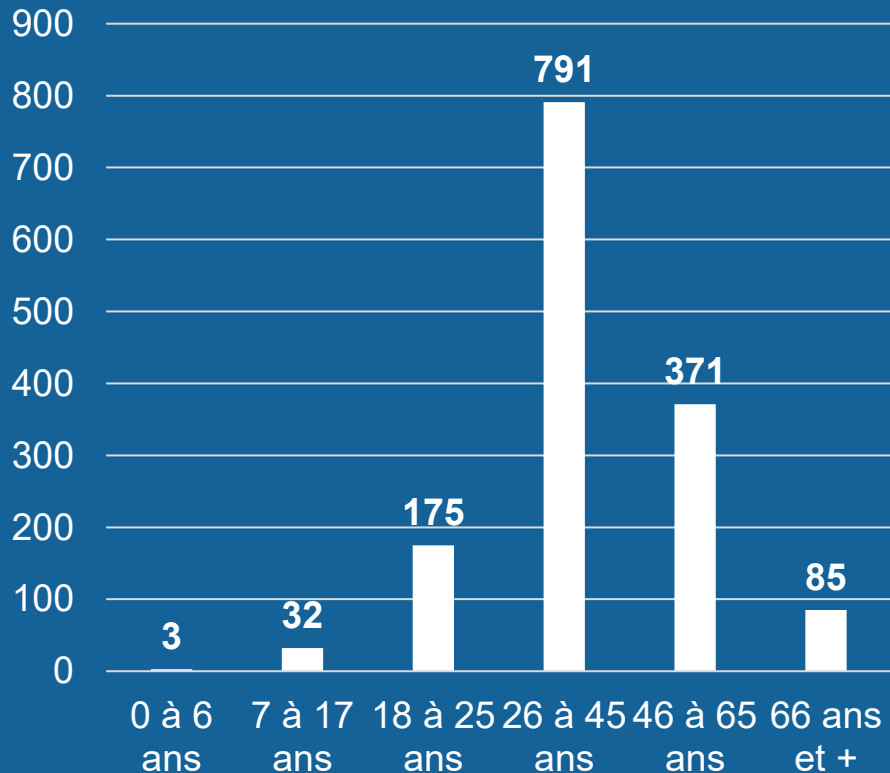
Diagnostics F2 Schizophrénie : 284

Diagnostics F3 Troubles dépressifs : 253

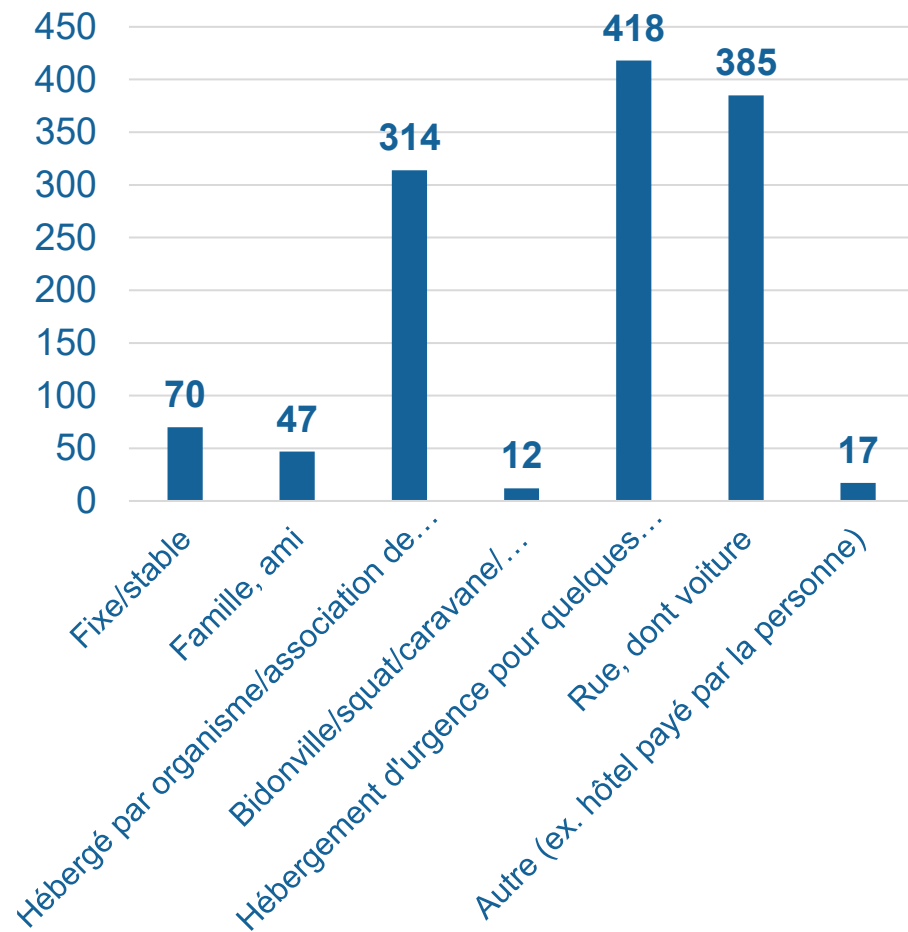
Maladies non-psychiatriques : 247

Description de la FA par tranche d'âge et type d'hébergement

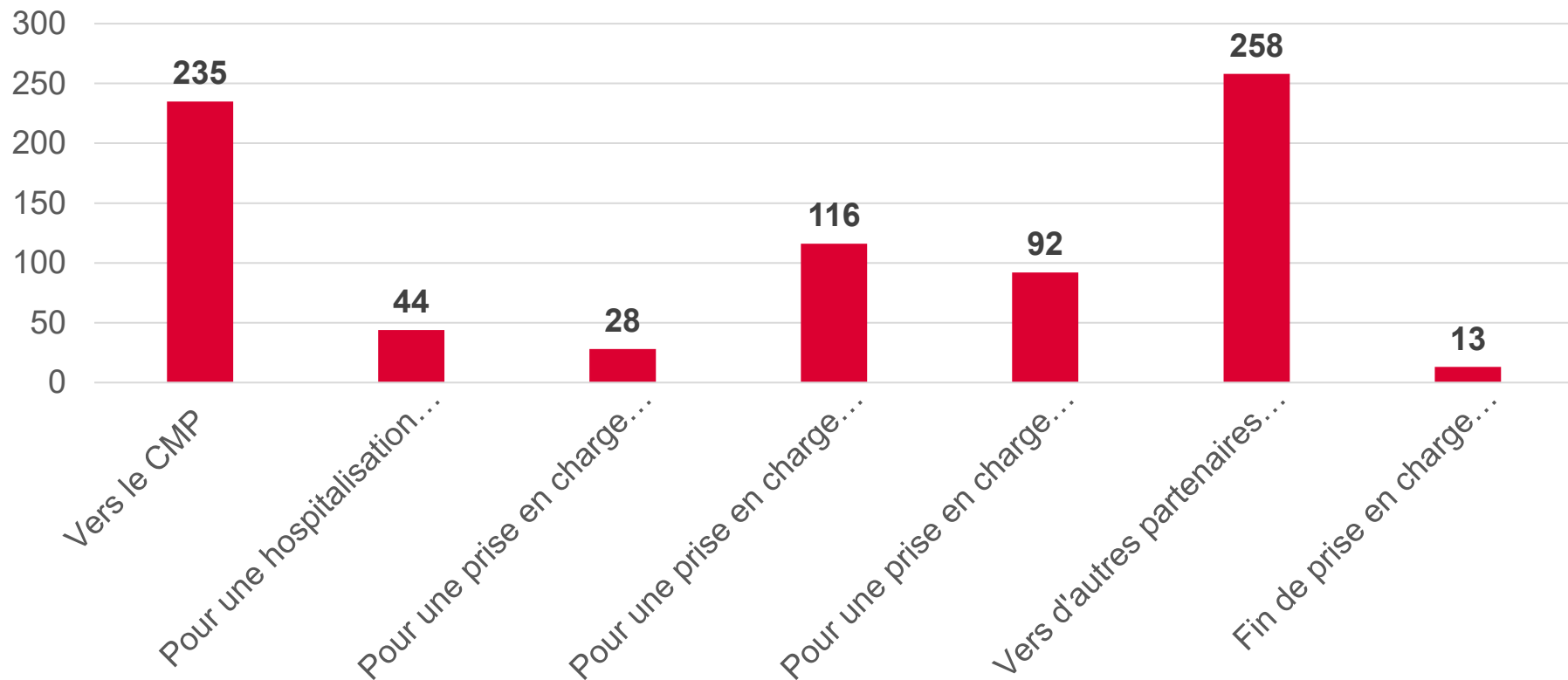
Tranches d'âge



Types d'hébergement



Modalités d'orientées par l'EMPP



Quelques chiffres clés des interventions des EMPP du GHU

(année 2024)

A destination des patients

File active	Nombre de nv patients	Nombres d'actes
1457	939	5619

A destination des acteurs de 1ères lignes

Interventions mobiles de type maraudes/dans la rue	Interventions suite à un signalement par un partenaire	Réunions d'appui soutien	Nombre de situations cliniques (personnes) correspondantes	N de formation réalisée	Analyse de pratique	Informations/communications générales
171	1336	367	1336	182	89	74

Activités spécifiques et thérapeutiques

Intervention avec la RATP
Groupe Jardin
Bus des femmes
Radio mobile



Radio
Mobile
Paris

Partenaires des EMPP : plus de 250 partenaires sur Paris

- Consultation CAPSYS
- CPOA
- SAU
- Secteurs psychiatriques
- PASS GHU et AP-HP
- Samu social de Paris

Coordination des maraudes

PASH 75

EMEOS

LHSS ...

- Cellule de veille sociale des arrondissement
- Accueils de jour
- Centres d'hébergement
-



Conclusion

Les EMPP sont la porte d'entrée principale des soins psychiatriques

Ce qui nécessite

- Une bonne connaissance de la clinique psychiatrique en précarité
- La capacité de s'adapter à de multiples situations
- un ancrage sur le territoire et de bons partenariats avec tous les dispositifs d'aide et de recours

Les 2 grandes difficultés actuelles

- Le manque de places d'hébergement
- La saturation des secteurs psychiatriques

Soutien important de l'ARS

- Mesure 9 des assises de la santé mental et de la psychiatrie (16 postes de psychologues sur site AHI à Paris)
- Mesure 27 du Ségur de la Santé : revalorisation du budget des EMPP
- Financement de la consultation CAPSYS
- Financement d'un dispositif d'accès aux soins en pédopsychiatrie pour les enfants en précarité et en souffrance psychique



« Les Equipes Mobiles de Psychiatrie du Sujet Agé (EMPSA) »

par le Dr Manon LE BOZEC, Psychiatre à l'EMPSA Paris Centre Est



Psychiatrie du Sujet Âgé

EMPSA Paris Centre Est

Hôpitaux Paris Est Val de Marne

Novembre 2025

Docteur LE BOZEC Manon



Présentation EMPSA PCE

Projet ARS :

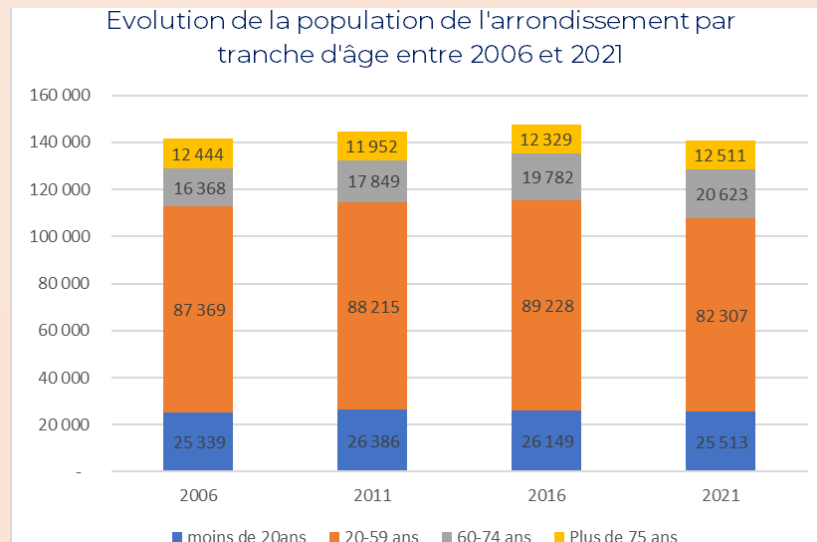
- 1 Psychiatre 0,6 ETP
- 2 IDE 1 ETP ; un poste non pourvu
- 1 Secrétaire 0,4 ETP
- Population sénior: en augmentation

En 2018 :

- 385864 habitants
- Dont 61250 de plus de 65 ans
- Dont 27000 de plus de 75 ans

Précarité importante des personnes âgées :

- 7 résidences autonomes à caractère social
- 20 résidences appartement gérées par la ville de Paris



[Zone d'intervention



Interventions au domicile et en EHPAD :

1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 11^{ème}, 12^{ème}

arrondissements de Paris

→ Secteurs parisiens rattachés aux HPEVM

→ **EHPAD** : 1 à Paris Centre / 2 à Paris 11 / 5 à Paris 12 dont Rothschild

→ **31 résidences pour PA** : 9 à Paris Centre / 14 à Paris 11 / 8 à Paris 12

Missions de l'EMPSA

- **Orienter** les personnes âgées vers les filières adaptées : psychiatriques, gériatriques et/ou neurologiques
- **Maintenir** la personne âgée dans son environnement
- **Renforcer la coordination** entre tous les partenaires des différentes structures pour fluidifier le parcours de soins
- **Evaluer** la personne âgée sur le plan diagnostic et thérapeutique
- **Orienter, Conseiller, et Informer** les professionnels et les aidants

Modalités d'intervention - 1

- Demande d'évaluation par les **partenaires** : médecins généralistes / référents sociaux / SSIAD / psychiatres libéraux / EHPAD
- Evaluation à domicile ou en EHPAD
- Moyenne de **4 visites** pour un patient
- Pas de prise en charge en urgence
- Pas de suivi

Modalités d'intervention - 2

- Fiche d'évaluation rédigée en équipe
- Un numéro de téléphone portable, une adresse mail
- Echanges et synthèses autour des dossiers

Conclusion

- Améliorer la prise en charge et le maintien à domicile des patients âgés
- Faciliter le réseau de soins
- Rôle de coordination, de prévention, de formation et d'information



Troubles psychiatriques fréquents chez le Sujet Âgé

Troubles anxieux

- Anxiété généralisée, phobies, hypochondrie
- En lien avec des pathologies somatiques

Dépression

- Repli, perte d'intérêt, troubles somatiques
- Idées suicidaires à ne pas sous estimer
- Troubles mnésiques

Troubles cognitifs

- Maladies Neurodégénératives
- Troubles somatiques

Troubles psychotiques

Paranoïa
Hallucinations auditives
et/ou visuelles

Syndrome confusionnel

- Etat aigu (réversible si intervention rapide)
- Désorientation, agitation ou apathie / Fluctuation
- Hallucinations possibles
- Causes fréquentes : somatiques

« SAMU Psy : Urgences psychiatriques et orientation vers les dispositifs adaptés »

par le Dr Julien KATZ, Psychiatre et médecin coordinateur du SAMU



**AP-HP. Centre
Université
Paris Cité**



Présentation du « SAMU Psy » et de la mise en place du SAS Psychiatrique au SAMU de Paris

Dr Gaëlle ABGRALL / Dr Julien KATZ / Dr Marine AKKAOUI / Equipe des Ipsy

Stéphanie AKHOUNAK, cadre de santé

Véronique ISTRIA, chargée de réseaux

Frédérique RITHIE, assistante sociale

Hôpital Necker Enfants Malades - DMU Urgences et réanimations

SAMU Psy du SAMU de Paris – UF CUMP

AP-HP.Centre - Université Paris Cité

Juillet/2025



Le Contexte Parisien



Nombreux SAU mais avec une présence variable des psychiatres de garde à l'APHP

CPOA : acteur majeur de l'urgence psy du Sud-parisien (majoritairement)

Secteur psychiatrique : CAC avec fonctionnements différents

Cartographie complexe bien souvent méconnue des usagers, de leur famille et des soignants

Difficulté majeure lors des appels « psy » au 15 ou au 18

La Psy à Paris



Le Contexte au SAMU de Paris

6000 appels annuels pour motifs psy

Grande difficulté pour les urgentistes pour réguler ces appels

Apporter une prise en charge psychiatrique spécialisée au SAMU



**Fluidifier les parcours de soins dans la filière psychiatrique /
Eviter le recours systématique au SAU / Envoyer les
moyens adaptés**

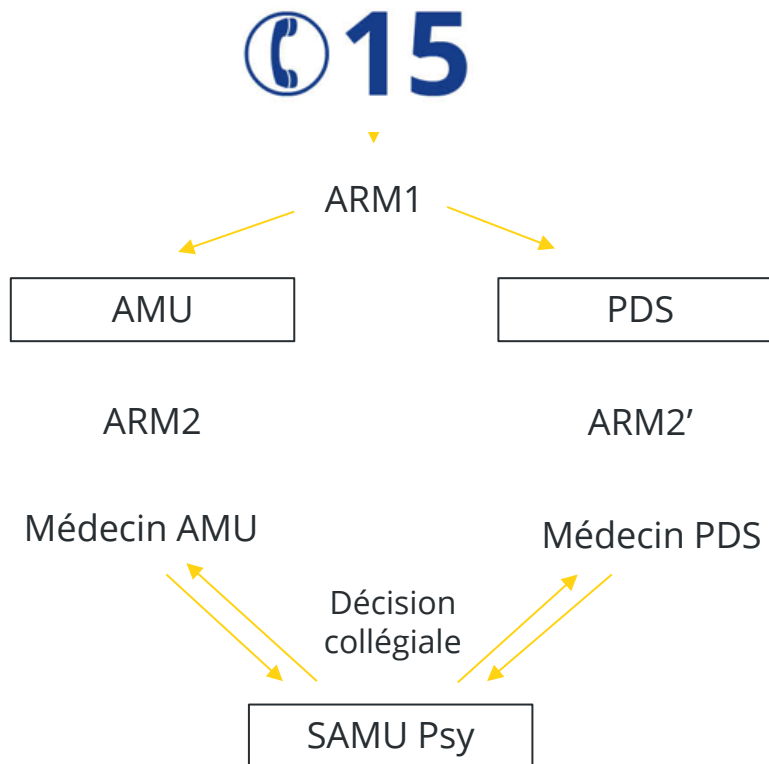
Désamorçage des situations de crise

**Participer à la réponse au contexte actuel des urgences et
de la psychiatrie/pédopsychiatrie**



CIRCUIT DE L'APPEL

SAMU PSY





L'Equipe à ce jour 2025 :

1,5 ETP
Médecin psychiatre

8h-Minuit
du lundi au vendredi

9h-23h
le weekend

7,5 ETP présents
1ETP en cours de recrutement
pour mi-sept/Oct

En 12 heures



1 cadre IDE
1 Assistante sociale
1 chargée de réseau

SAMU PSY

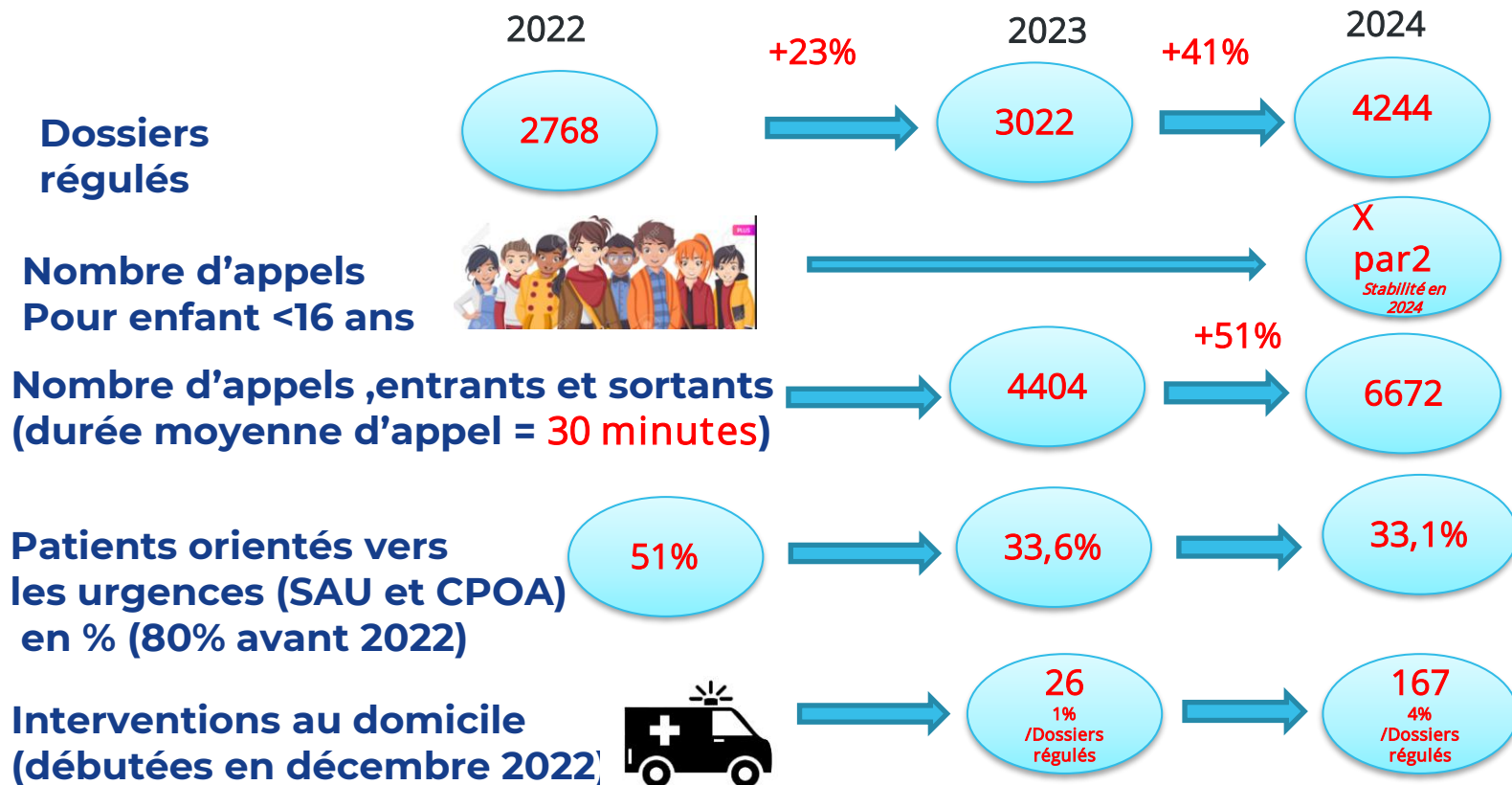
UFS Psychotrauma-CUMP-UPPH du SAMU de Paris à l'hôpital Necker Enfants malades
DMU Urgences et réanimations
APHP Centre – Université Paris Cité

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS



Activité de 2022 à 2024:

SAMU PSY





Cas 1

- **Patiente de 19 ans appelle pour attaque de panique, contexte d'examens**
- **Atcds d'attaques de panique**

SAMU PSY

- **Elimination d'une urgence vitale par médecin AMU**
- **Exercice de cohérence cardiaque par IDE Psy**
- **Apaisement / psychoéducation et contacts donnés après crise si besoin**



Cas 2

SAMU PSY

- **Patient de 48 ans non connu signalé par voisinage (troubles du comportement et propos délirants)**
- **Intervention d'évaluation au domicile : décompensation délirante, rupture de suivi après déménagement**
- **Accompagnement aux urgences**
- **Transmissions directes aux urgences (urgentistes + équipe de psychiatrie) pour prise en charge adaptée**



Cas 3

- **Patient de 20 ans signalé par CMP pour entrée dans un trouble psychotique / refus de soins**
- **Indication d'hospitalisation**

SAMU PSY

- **Intervention conjointe SAMU Psy avec IDE CMP et BSPP pour prise en charge et transport direct en hospitalisation sans consentement**



Cas 4

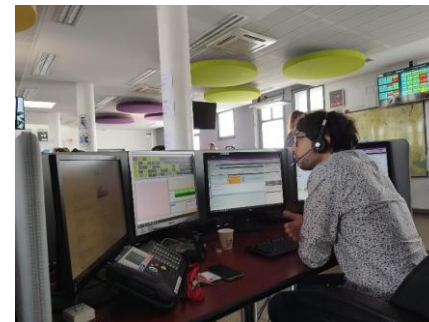
- **Patiente de 35 ans : appel par conjoint pour crise suicidaire (contexte de souffrance au travail)**
- **Risque suicidaire élevé**
- **Intervention de crise par téléphone**
- **Appel CAC secteur : ok pour accueil**
- **Accompagnement direct par conjoint au CAC**

SAMU PSY



PERSPECTIVES

- **Suivi de l'activité**
- **Poursuite de l'activité de réseau des SAU / CAC / CMP / structures de ville et de communication**
- **Développement des interventions mobiles**
 - Intervention SNP (anxiété / crise suicidaire / dépression)
 - Intervention d'urgence ($\pm$ renfort BSPP) : menace suicidaire / agitation / trouble psychotique décompensé
 - Intervention d'évaluation « programmée » (signalement famille sans critère d'urgence / refus de soins ou d'hospitalisation sans critère d'urgence / situation « medico-psycho-sociale »)



SAMU PSY





CONCLUSIONS

SAMU PSY

- **Le projet « SAMU psy » est la première expérimentation nationale de mise en opérationnalité du SAS psy.**
- **Coordination de l'organisation des soins psychiatriques à partir de l'appel au 15**
- **Le modèle a été validé par les chiffres, le retour positifs des usagers et des professionnels de santé qui ont eu recours au dispositif.**
- **Dispositif pérennisé après une période test de 3 ans**
- **Il a un rôle pilote, dont les conclusions (points forts, faiblesses, obstacles à lever etc.) permettent d'étayer et de diffuser le modèle sur le territoire national.**



SAMU PSY

MERCI DE VOTRE ATTENTION



Concertation sur les Objectifs Nationaux Pluriannuels des filières MMOP (médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie) par Madame Esther LEPAICHEUX, Directrice adjointe de la Délégation départementale de Paris de l'ARS Ile-de- France



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Concertation sur les
Objectifs Nationaux Pluriannuels
des filières MMOP
*(médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie)***

Calendrier

- **Juillet 2025** : Lancement des travaux préparatoires à la conférence nationale qui devra proposer les ONP pour les filières MMOP pour 2026 -2030
- **Septembre/Novembre 2025** : Concertation régionale avec les acteurs du système de santé (universitaires, CTS, CRSA)
- **1^{er} décembre 2025** : Propositions DGARS des capacitaires MMOP
- **1^{er} trimestre 2026** : Concertation nationale
- **Mai 2026** : Conférence nationale de santé

Méthodologie

Les ONP ont intégrés les critères suivants :

- Projections démographiques : des professionnels actifs vs ceux partant à la retraite
- Territorialisation et lutte contre les inégalités territoriales : ARS IDF vs la France Entière (FE)
- Évolution des besoins en fonction des besoins en santé : augmentation du besoin de soins ambulatoires, vieillissement de la population
- Les orientations nationales concernant le nombre d'étudiants à former dans les années à venir
- Les remontées consolidées des postes d'enseignants via les fichiers transmis par les universités

Propositions par filières

Médecine	Projection d'une augmentation de +2 % /an soit en 2030 = 2483 places => pour répondre au vieillissement de la population et aux besoins croissants en santé des territoires.
Maïeutique	Projection d'une hausse de +1 % /an soit en 2030= 158 places => Cette évolution s'accompagne d'un besoin de révision des décrets encadrant les actes des sage-femmes, notamment en milieu hospitalier.
Odontologie	Proposition d'un scénario stable soit en 2030 = 185 places ⇒ Permet de maintenir un équilibre entre la qualité de la formation et la capacité d'accueil.
Pharmacie	Proposition d'une hausse de +1 % /an soit en 2030 = 687 places => Des difficultés de lisibilité de la filière sur Parcoursup sont signalées. Le cadre réglementaire récent fragilise économiquement la profession. Une meilleure compréhension des PASS/LAS est nécessaire.



Conseil Territorial
de Santé **Paris**

**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Prochain Conseil Territorial de Santé de Paris

le mercredi 10 décembre 2025 à 10h

en visioconférence

sur l'intelligence artificielle et le numérique en santé



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Conseil Territorial
de Santé** **Paris**

Conseil Territorial de Santé de Paris

Santé mentale

Mardi 4 novembre 2025