

Projet territorial de santé mentale : données pour le diagnostic territorial¹

Introduction.....	3
Choix du territoire	3
Méthodes du diagnostic territorial.....	4
Sources et sélection de données	4
Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population	4
Analyse des caractéristiques de la population	4
Typologie de l'offre de soins.....	4
Densité des professionnels au niveau régional et local.....	4
Identification des professionnels au niveau local	5
Fabrique territoire santé.....	5
Autres sources de données.....	5
Principaux indicateurs de la Seine-Saint-Denis (SSD) en 2018	6
Les éléments urbanistiques.....	7
Les transports.....	8
Les indicateurs démographiques.....	9
Les indicateurs socio-économiques	12
Indice de développement humain (IDH2) et indice global de besoin(IGB).....	16
Les indicateurs sanitaires	17
Nombre d'Allocataires AAH psy (données en attente de la MDPH).....	18
Nombre de personnes en ALD 23 (IRDES, CNAM).....	18
Taux de surmortalité par suicide	19
Consommations de tabac, alcool et drogues en SSD	20
Les besoins en santé mentale en Seine-Saint-Denis	20
L'analyse des besoins	21
Approche par les dépenses de santé ou le recours aux soins	21
Approche par la consommation de soins	21
Le taux de recours aux soins psychiatriques	21
La file active	22
Les soins sans consentement :	23
Les publics spécifiques	24
Les jeunes enfants et leurs parents	24
La Prévention.....	25
L'accès au diagnostic et aux soins psychiques.....	26
L'accès aux structures médicosociales	27
La scolarisation et les apprentissages	29
Les difficultés des familles	29

¹ Dans les textes et rapports officiels, seul le terme de « diagnostic (territorial) partagé » est mentionné. Il renvoie selon les cas à une démarche beaucoup plus large comprenant non seulement une évaluation des besoins et des ressources mobilisables sur le territoire, mais aussi un véritable travail de réflexion et de négociation entre les différents acteurs visant à une transformation concrète des organisations et des pratiques.



Spécificités par âge.....	29
Les Adolescents.....	30
Structures sanitaires et adolescence	31
Les Etudiants	35
Problématiques de santé des étudiants.....	36
Dispositifs de santé actuellement dédiés aux étudiants dans le département de Seine Saint Denis.....	37
Personnes âgées	38
Populations vulnérables	42
Personnes placées sous-main de justice	42
Personnes incarcérées.	43
Soins psychiques pénalement ordonnés.	43
L'organisation territoriale en santé mentale.....	45
La prise en charge de la santé mentale est déjà territorialisée : le secteur.....	45
Secteurs de psychiatrie générale et de PIJ.....	45
IDH2 des secteurs de psychiatrie en SSD	47
L'offre de soins en psychiatrie	48
Offre sanitaire : les structures	48
Offre sanitaire d'urgence-liaison et centres d'accueil de crise pour les adultes	48
Prise en charge des urgences pédopsychiatriques par inter secteur de pédopsychiatrie.....	49
Secteur IO1 (6 communes) : Docteur Jean-Pierre Benoit.....	49
Hôpital Robert Ballanger –IO4 (7 communes) Docteur Clémentine Rappaport.....	50
EPS-VE ou Ville Evrard.....	50
Dans le secteur IO5 :	50
Dans le secteur IO2 :	51
Dans le secteur IO3 :	51
Avicenne	51
L'hospitalisation en psychiatrie.....	52
Prise en charge ambulatoire	53
Equipes mobiles et pass psy : à la frontière du sanitaire et du social	54
Offre sanitaire : les soignants.....	56
Offre médicale et paramédicale	56
Offre médico-sociale en santé mentale	60
Etat des lieux des structures	61
Les projets de structures ou places médicosociales de la Seine-Saint-Denis.....	63
Les évolutions dans le secteur du handicap : le défi handicap : une réponse pour chacun (2017-2021)	63
La réponse accompagnée pour tous (RAPT).....	64
Le dispositif intégré TSA 93	64
Le plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique	64
L'offre de prévention et d'action sociale	67
Les Conseils Locaux de Santé Mentale ou CLSM (http://clsm-ccoms.org/).....	68
Les CLSM en Seine-Saint-Denis	70
Les groupes d'entraide mutuelle (GEM).....	71
LA TRAME	72
Les réseaux/dispositifs/structures impliqués dans la santé mentale	73
Les usagers et les aidants installées en SSD : UNAFAM, Bol d'air, A plaine vie, Vivre autrement.	73
Réseau AC SANTE.....	74
Autres réseaux.....	74
Point accueil écoute jeune (PAEJ).....	75
Le groupe d'appui en santé mentale et action sociale	75
Le DITSA devenu DIH (dispositif intégré handicap).....	75
Dispositif départemental de prévention de la maltraitance.....	76
Mise à l'abri/hébergement/logement : Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).....	76

Insertion professionnelle	78
Promotion à la santé et prévention.....	79
Sentinelle et référents :	79
Plateforme territoriale pluri professionnelle de CPS.....	79
Les funambules.....	79
ANNEXES	80
Annexe 1 : l'Offre de soins en addictologie	80
Annexe 2 : cartographie de l'offre en santé mentale	81
Annexe 3 : cartographie des foyers de migrants	84
Remerciements	85

Introduction

Le **Projet territorial de santé mentale ou PTSM** a un cadre juridique, **le décret du 27 juillet 2017**, dans lequel sont affichées les priorités et la date de publication (juillet 2020). Les **six priorités** du PTSM sont :

1. *Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles*
2. *Des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.*
3. *L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.*
4. *La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.*
5. *Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.*
6. *L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.*

Chaque PTSM comprend deux parties : un **diagnostic territorial partagé** du territoire concerné, et une partie « projets ».²

Un diagnostic territorial partagé mobilise des données statistiques, bibliographiques et qualitatives et doit avant tout faire le bilan des besoins et des ressources et l'identification des points forts et des points faibles afin de sélectionner démocratiquement les projets prioritaires du territoire retenu. La **concertation territoriale** permet de partager ces données et d'établir les priorités. Ainsi, une ou deux thématiques prioritaires peuvent être retenues en fonction des enjeux départementaux tandis qu'une autre thématique peut être choisie parmi la liste exhaustive identifiée au niveau régional dans le PRS2. À l'issue de groupes de travail thématiques, il s'agit d'établir une «feuille de route territoriale» ou projet territorial de santé mentale (PTSM) qui fixe les travaux prioritaires à conduire pour améliorer la réponse aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap psychique.

Choix du territoire

Le territoire qui va faire l'objet d'un diagnostic territorial dans ce document est le **département de la Seine-Saint-Denis (SSD)**. Un échelon infra territorial peut être envisagé selon la nature des projets ; par exemple le découpage des MAIA est de trois infra territoires (Nord, Sud-Est et Sud-Ouest). Le découpage du territoire en établissements publics territoriaux (EPT) est de quatre (carte 1), il y a 18 secteurs de psychiatrie adulte.

² L'ARS-IF souhaite que le nombre de projets soit limité à 10-12 par département (confer COPIL psychiatrie). La méthode souhaitée est celle de l'ANAP avec un comité de pilotage (COPIL) et des groupes de travail.

Méthodes du diagnostic territorial

Le diagnostic intègre des données quantitatives (données et statistiques), qualitatives (rencontres avec différents acteurs de santé). Il cherche notamment à documenter les éléments suivants :

- Profil démographique et socio-économique de la population ;
- Besoins de santé ;
- Offre actuelle de soins et de services de santé (sanitaires mais également médico-sociaux et sociaux) ;
- Actions de prévention ;
- Accessibilité aux services de santé (géographique, financière mais aussi socio-culturelle).
- L'ANAP dans son document sur la santé mentale, recense les données et leurs sources nécessaires (tableau 1).

Tableau 1 : carte d'identité du territoire selon l'ANAP³

CARTE D'IDENTITÉ DU TERRITOIRE (DONNÉES DE CONTEXTE)	
<p>Le contexte territorial</p> <p>Population et territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Démographie et description du territoire; ▶ Situation socio-économique; ▶ Allocataires AAH psy; ▶ Personnes en ALD 23; ▶ Surmortalité par suicide. <p>L'existant</p> <p>Offre</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hospitalier : lits HC, HP, nb équipes mobiles Effectifs de professionnels de santé; ▶ Médico-social : lits et places Ambulatoire : CMP, CATTP...; ▶ Pair : GEM... Coordination : CLSM, Réseau, CTA/MAIA, PTA... 	<p>Les caractéristiques de la prise en charge des personnes</p> <p>Activité et flux (sanitaire et médico-social)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ File active de psychiatrie (totale et ambu exclu) Profils des personnes prises en charge; ▶ Durées moyennes de prise en charge Taux d'occupation/de rotation Réhospitalisations. <p>Consommation de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Taux de recours à la psychiatrie (HC, HP, ambu).

Sources et sélection de données

Caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population

La principale source d'information est l'**INSEE**. Dans le document, les cartes ont été réalisées avec le logiciel ARGIS. Parmi les facteurs socio-économiques retenus, un groupe de travail *ad hoc* a permis d'en retenir huit auxquels l'IDH⁴, critère retenu par la tutelle, est ajouté.

Analyse des caractéristiques de la population

Les données sur l'état de santé de la population et ses déterminants retenus sont : taux de mortalité, taux ALD, principales causes de décès, mortalité prématurée, suicide... Ces informations sont disponibles principalement sur le site de l'**ORS Ile-de-France**.

Typologie de l'offre de soins

Les principaux établissements de santé du territoire sont répertoriés. Cette information est disponible à l'adresse suivante : <http://cartographie.atih.sante.fr/#=fr;v=map1>

Densité des professionnels au niveau régional et local

La **densité médicale et paramédicale** (nombre de professionnels pour 100 000 habitants) est disponible sur les sites suivants :

- Cartographie en Ile-de-France des médecins libéraux et de la population (solde naturel, solde migratoire) par commune ;

³ ANAP agence nationale d'appui à la performance

⁴ IDH indice de développement humain

- Le site cartosanté de l'ARS Ile-de-France ;
- la cartographie de l'ordre national des médecins

Identification des professionnels au niveau local

Cette recherche est réalisée essentiellement à partir d'AMELI. On obtient au niveau local tous les noms des professionnels qui exercent sur le territoire. Pour rendre cette information plus visuelle il est possible de répertorier ces professionnels sur une carte type *GoogleMap*.

Fabrique territoire santé

Fabrique Territoires Santé, extension de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville, s'adresse à l'ensemble des acteurs parties prenantes dans la fabrique de dynamiques territoriales de santé sur tout le territoire français y compris les territoires ultramarins, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et les territoires ruraux. Elle s'adresse aujourd'hui à **l'ensemble des démarches territorialisées de santé (ASV, CLS, CLSM,...)** et aux porteurs de ces dynamiques dans les territoires, concernés par la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, notamment sur les territoires politique de la ville.

Autres sources de données

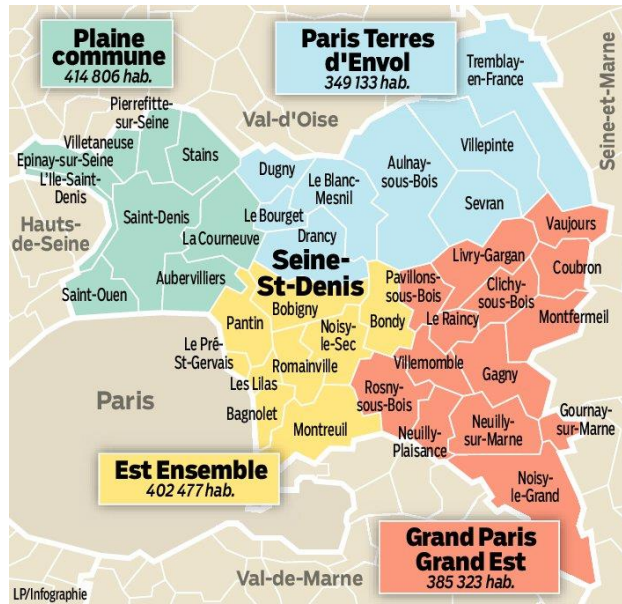
L'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (**IRDES**) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (**DREES**) du ministère des Solidarités et de la Santé ont mis en place un atlas interactif qui constitue une base de données territorialisée en santé mentale. Il a été conçu en collaboration avec l'Agence régionale de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca), et avec l'appui de l'équipe **Atlasanté**, le projet mutualisé de système d'information géographique des agences régionales de santé.
<http://santementale.atlasante.fr>

Principaux indicateurs de la Seine-Saint-Denis (SSD) en 2018

D'après les données INSEE 2014, la SSD, 40 communes, est classée en troisième position en France selon l'effectif de la population et sa densité. La superficie est de 236 km² pour une population de 1 571 028 habitants (2016), sa densité est de 6 651 habitants/km² (versus 21 069 à Paris, 9 098 dans les Hauts-de-Seine et 5 579 dans le Val-de-Marne). Depuis le 1er janvier 2016, l'ensemble des communes de la Seine-Saint-Denis est membre de la métropole du Grand Paris et chacune est insérée dans l'un des quatre établissements publics territoriaux (EPT) suivants :

- **T6 : Plaine Commune** regroupe les **neuf** communes de l'ancienne communauté d'agglomération (Aubervilliers, La Courneuve, Épinay-sur-Seine, L'Île-Saint-Denis, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains et Villetaneuse) et son siège est fixé par décret n° 2015-1659 du 11 décembre 2015 à Saint-Denis. Sa superficie est de 47,4 km² et sa population municipale est de 414 121 habitants au 1er janvier 2013. Il est géré par 80 conseillers territoriaux désignés au sein des conseils municipaux des communes membres et ses communes sont représentées par 12 élus au conseil de la métropole. Ce territoire est amené à récupérer la majeure partie des compétences de l'ancienne communauté d'agglomération.
- **T7 : Paris Terres d'Envol** regroupe **huit** communes du nord-est du département (Aulnay-sous-Bois, Le Blanc-Mesnil, Le Bourget, Drancy, Dugny, Sevran, Tremblay-en-France et Villepinte), situées dans l'orbite des aéroports Charles de Gaulle et du Bourget, et son siège est fixé par décret n° 2015-1660 du 11 décembre 2015 à Aulnay-sous-Bois. Il intègre donc les anciennes communautés d'agglomération Terres de France et de l'aéroport du Bourget. Sa superficie est de 78,1 km² et sa population municipale est de 349 004 habitants au 1er janvier 2013. Il est géré par 72 conseillers territoriaux et ses communes sont représentées par 9 élus au conseil de la métropole.
- **T8 : Est Ensemble** regroupe les **neuf** communes de l'ancienne communauté d'agglomération (Bagnole, Bobigny, Bondy, Les Lilas, Montreuil, Noisy-le-Sec, Pantin, Le Pré-Saint-Gervais et Romainville), et son siège est fixé par décret n° 2015-1661 à Romainville. Sa superficie est de 39,2 km² et sa population municipale est de 403 770 habitants au 1er janvier 2013. Il est géré par 80 conseillers territoriaux et ses communes sont représentées par 10 élus au conseil de la métropole. Ce territoire est amené à récupérer la majeure partie des compétences de l'ancienne communauté d'agglomération.
- **T9 : Grand Paris - Grand Est** regroupe **quatorze** communes de l'est et du sud-est du département (Clichy-sous-Bois, Coubron, Gagny, Gournay-sur-Marne, Livry-Gargan, Montfermeil, Neuilly-Plaisance, Neuilly-sur-Marne, Noisy-le-Grand, Les Pavillons-sous-Bois, Le Raincy, Rosny-sous-Bois, Vaujours, Villemomble), et son siège est fixé par décret n° 2015-1662 du 11 décembre 2015 à Noisy-le-Grand. Dans le département, c'est celui dans lequel l'expérience de coopération intercommunale est la plus faible, le seul établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre préexistant se limitant aux communes de Clichy-sous-Bois et Montfermeil). Sa superficie est de 71,6 km² et sa population municipale est de 385 587 habitants au 1er janvier 2013. Il est géré par 80 conseillers territoriaux et ses communes sont représentées par 14 élus au conseil de la métropole.

Carte 1 : Le département de Seine-Seine-Denis et les 4 Etablissements Publics Territoriaux (EPT)



«Département jeune, la Seine-Saint-Denis a été créée par la loi du 10 juillet 1964 portant réorganisation de la région parisienne qui a supprimé les trois départements de la Seine pour donner naissance à sept nouveaux départements dans la région Île-de-France.

Aux portes de Paris, reliée à la capitale par plusieurs lignes de métros, de trains et de bus, sillonnée d'axes autoroutiers empruntés quotidiennement par des milliers de véhicules, **la Seine-Saint-Denis est le 5e département de France par le nombre d'habitants** (1,6 million d'habitants ; estimation INSEE au 1er janvier 2018). Cette population est jeune (43,4 % ont moins de 32 ans contre 36,2 % pour la moyenne métropolitaine) et en forte croissance démographique (+ 9,7 % entre 2005 et 2015 contre + 3,7 % pour la France sur la même période).

Avec 6 909 habitants/km2, la Seine-Saint-Denis est le 3e département le plus densément peuplé de France, derrière deux autres départements franciliens (Paris et les Hauts-de-Seine). Cette densité et la situation géographique exceptionnelle du département lui permettent d'accueillir des infrastructures uniques comme le Stade de France ou encore l'essentiel des équipements des prochains Jeux olympiques de 2024. Le département compte également le plus grand nombre d'établissements culturels labellisés par l'État dont la Maison de la Culture de Seine-Saint-Denis (Bobigny) et le Théâtre Gérard Philipe – Centre dramatique national (Saint-Denis). Plus de 22 000 étudiants sont, par ailleurs, accueillis à l'université Paris 8 à Saint-Denis. Sur le plan économique, **la Seine-Saint-Denis est le nouvel eldorado des grands groupes industriels et de services** qui y localisent leur siège social : SNCF, VEOLIA, SFR, GENERALI, BNP PARIBAS, DARTY, UBISOFT. La proximité de la capitale et de l'aéroport de Roissy, le réseau de transports en commun en plein développement alliés à un foncier abordable expliquent cette dynamique économique. Le chiffre d'affaires déclaré par les entreprises de Seine-Saint-Denis s'élève ainsi à 162 milliards d'euros (cumul sur 12 mois glissant au 30 juin 2017) faisant du département le 3e contributeur national de la TVA. » **Rapport parlementaire 2018⁵**

Les éléments urbanistiques

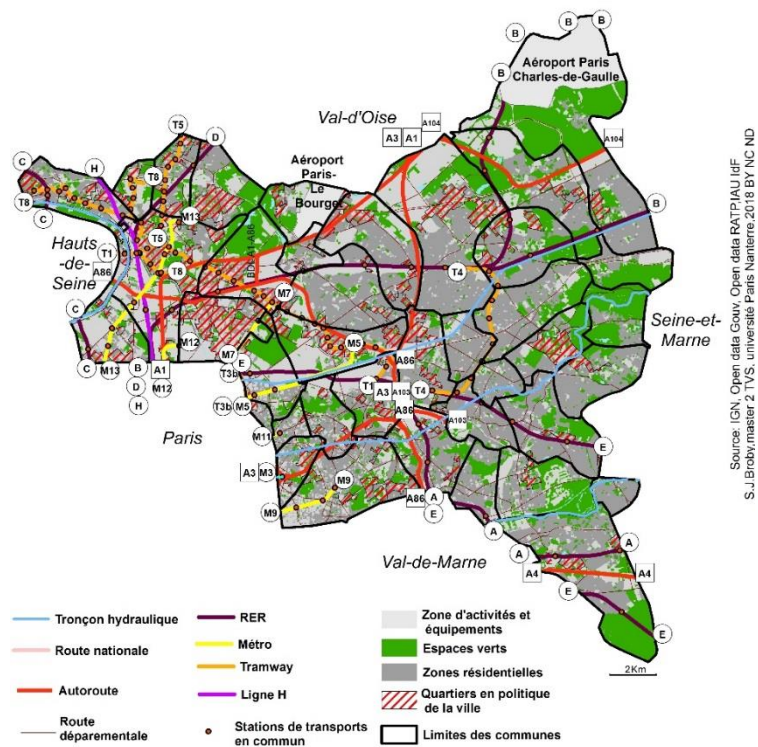
Le département est traversé à l'Ouest par la Seine, au centre par le canal de l'Ourcq et l'Aqueduc de la Dhuis, et au sud par la Marne (carte 2). Les zones d'activités et les équipements sont représentés en gris clair sur la carte 2. Certains quartiers ont bénéficié du dispositif de rénovation urbaine. Des grands ensembles sont détruits pour la construction des nouveaux logements en favorisant une mixité fonctionnelle et sociale des quartiers. C'est le cas du quartier des Bosquets à Montfermeil. D'autres communes dans le cadre du projet du Grand-Paris seront réhabilitées (Aubervilliers, La Courneuve). La construction de nouveaux logements a déjà attiré les classes

⁵ Extrait du rapport parlementaire 2018 sur l'évaluation de l'action de l'État dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis, MM. FRANÇOIS CORNUT-GENTILE ET RODRIGUE KOKOUENDO, Députés



moyennes en lisière de banlieue, par exemple dans les communes de Pantin, des Lilas, du Pré-Saint-Gervais et du Bas-Montreuil.

Carte 2 : Éléments urbanistiques en Seine-Saint-Denis



Les transports

Le département est desservi en transports en commun par le RER (lignes B, C, D et E) (carte 3). Sept lignes de métro (3, 5, 7, 9, 11, 12, 13) sont implantées principalement à l'Ouest du département. Les tramways 1, 4, 3b, 5, 8 et le T11 express y circulent. Le train Transilien (ligne H) dessert la gare d'Epainay-Villetaneuse et Saint-Denis. L'objectif du projet du Grand-Paris est de promouvoir un développement économique et social afin de réduire les inégalités territoriales, sociales, sanitaires et économiques (transport, habitat, santé). Certaines zones seront désenclavées, notamment à l'est du département par le prolongement de la ligne 4 du tramway. D'autres nouvelles lignes de transport (15, 16, et 17) contribueront à réduire le temps de déplacement de la population.

Ligne 16 : levier majeur de développement économique et de rééquilibrage des territoires, la **ligne 16** partira de la gare Saint-Denis Pleyel pour s'étendre jusqu'à la gare Clichy – Montfermeil en 2024. Pour se rendre sur les principaux sites de la métropole, les habitants de cette commune verront leur temps de parcours divisé par deux. Les travaux préparatoires ont d'ores et déjà débuté dans toutes les gares traversées par cette ligne, qui rejoindra la ligne 15 Sud à Noisy – Champs en 2030.

Carte 3 : Le réseau de transport ferré utile pour le déplacement de la population en Seine-Saint-Denis

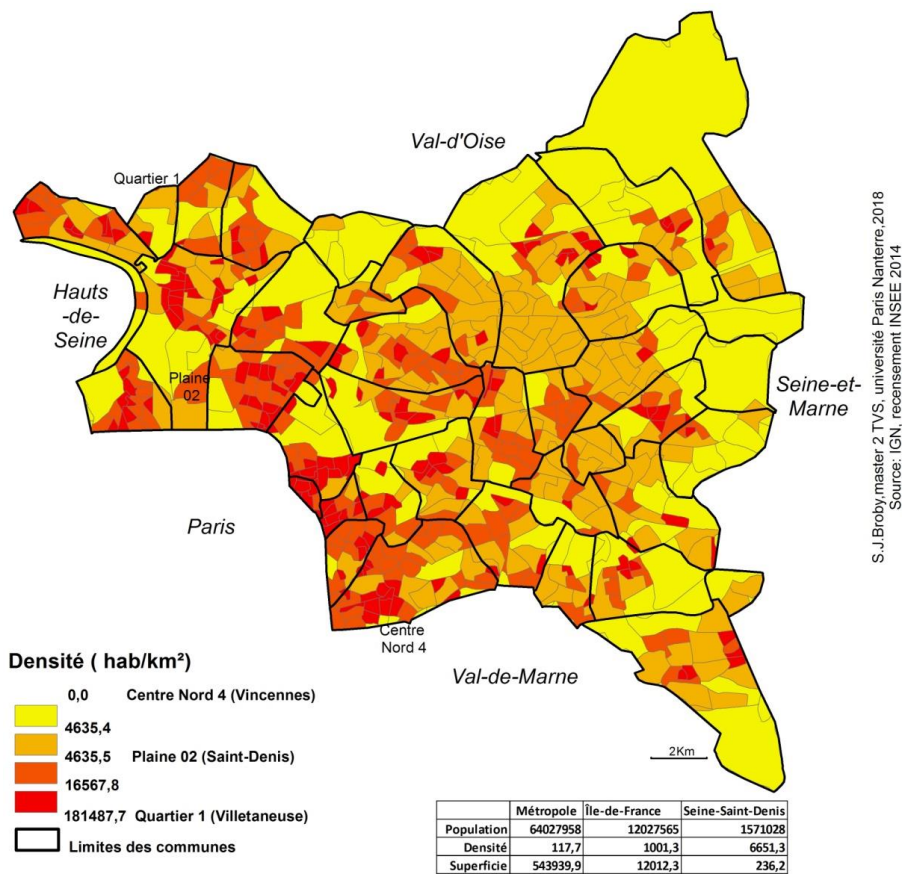


Source: IGN, Open data Ile-de-France, Esri
S.J.Brobby, master 2 TVS, université Paris Nanterre, 2018

Les indicateurs démographiques

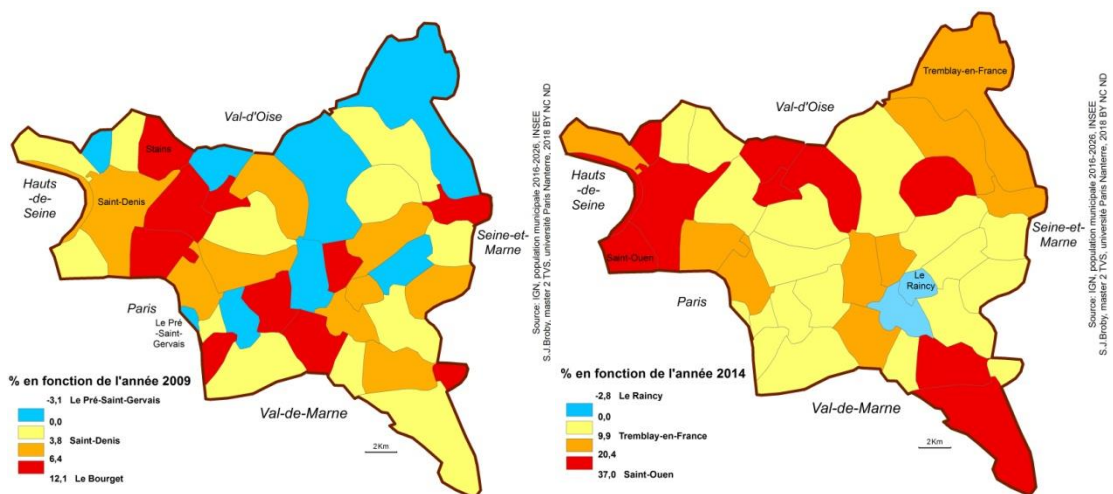
Avec une population totale de **1 571 028 habitants**, la Seine-Saint-Denis représente 13% de la population de la région Île-de-France (RP, INSEE 2014). Entre 2009 et 2014, le taux moyen de variation annuelle de la population est de 0,7 %, alors qu'il est de 0,5% en France métropolitaine et en Île-de-France. Les zones moins peuplées (carte 4) correspondent aux zones d'activités et d'équipement, aux espaces verts, excepté les communes peu ou non irisées comme Coubron, Vaujours, Tremblay-en-France. Au niveau infra-communal (IRIS), la densité de population est très inégale avec une concentration à l'ouest, au sud-est et au centre du département (carte 4).

Carte 4 : Une hétérogénéité de répartition de la densité de la population en SSD en 2014



Le nombre d'habitants en Seine-Saint-Denis a progressé ces dernières années et devrait continuer de s'accroître, avec toutefois des disparités entre les communes. Les deux cartes 5 représentent le taux d'évolution de la population entre 2009 et 2014, et les prévisions de l'INSEE entre 2014 et 2026 au niveau communal.

Cartes 5 : Evolution de la population entre 2009-2014 (gauche) et évolution projetée de la population entre 2014-2026 (droite) en Seine-Saint-Denis



Entre 2009-2014, les valeurs varient de -3,1% (le Pré-Saint-Gervais) à 12,1% (Le Bourget). La population de huit communes, le Pré-Saint-Gervais (-3,1%), Villetaneuse (-2,8%), Dugny (-1,0%), Bondy (-0,7%), Tremblay-en-

France (-0,9), Romainville (-0,6%), Aulnay-sous-Bois (-0,3%), Clichy-sous-Bois (-0,1) a baissé. Dix communes ont enregistré une forte augmentation, comprise entre 6,4% et 12,1%. Il s'agit d'Aubervilliers (8,4%), de Bagnolet (6,4%), de Gournay-sur-Marne (7,5%), de La Courneuve (8,4%), du Bourget (12,2%), Les Pavillons-sous-bois (9,0), de Noisy-le-Sec (8,5%), de Rosny-sous-Bois (8,8), de Stains (12,0%), et de Vaujours (9,5%).

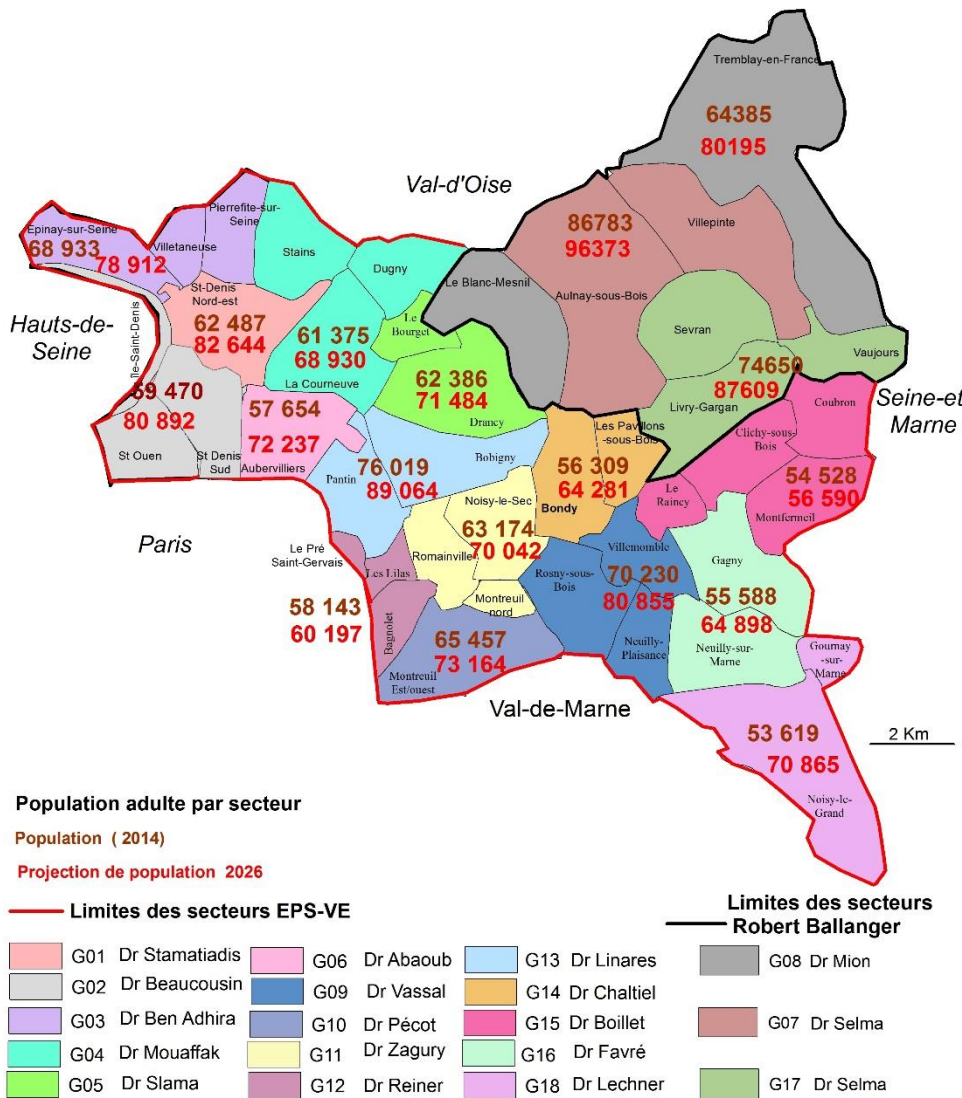
Entre 2014 et 2026, les valeurs varieront entre -2,8 % et 37 %. Cette variation est représentée sur la carte en couleur graduée. La couleur bleue concerne les communes dont la population stagnera d'ici 2026 : Le Raincy, de -2,8%, et Villemomble de -1,7%. La population de Bagnolet enregistrera une faible augmentation de 0,04 %. Trente-huit communes sont représentées par des couleurs « chaudes » selon l'intensité de leur valeur. De nombreuses communes auront un taux d'évolution de la population situé entre 20,4% et 37% : Saint-Denis (30,0%), Saint-Ouen (37,0%), Noisy-le-Grand (31,5%), Neuilly-sur-Marne (23,0%), Dugny (34,4%), le Blanc-Mesnil (29,1%), Aubervilliers (18,3%), Le Bourget (24,8%), Villetaneuse (28,4%), Sevran (27,8%), L'Île-Saint-Denis (23,4%), Noisy-le-Grand (31,5%), Neuilly-sur-Marne (23,0%), Les Pavillons-sous-bois (12,4%), Pantin (20,3%), Bondy (13,0%), Tremblay-en-France (12,4%), Rosny-sous-Bois (19,2%) et Epinay-sur-Seine (12,4%).

Certaines communes se comportent différemment pendant les deux périodes. Par exemple, entre 2009 et 2014, la population de la commune du Pré-Saint-Gervais a diminué de -2,4%. Entre 2014 et 2026, la population de cette commune devrait augmenter de 6,1%.

Au total, durant ces deux périodes, on observe une évolution importante de la population des communes de la SSD. Si le chiffre projeté en 2026 de l'INSEE est de 1 799 000 habitants, la population de SSD devrait croître de **200 000 habitants** soit l'équivalent de deux à trois secteurs supplémentaires, si on admet qu'un secteur de psychiatrie adulte couvre idéalement un bassin de 70 à 80 000 habitants.

La carte 6 illustre les répercussions sur les secteurs de psychiatrie générale de la croissance démographique des plus de 17 ans d'ici 2026.

Carte 6 : impact de la croissance démographique sur les 18 secteurs de psychiatrie adulte de SSD



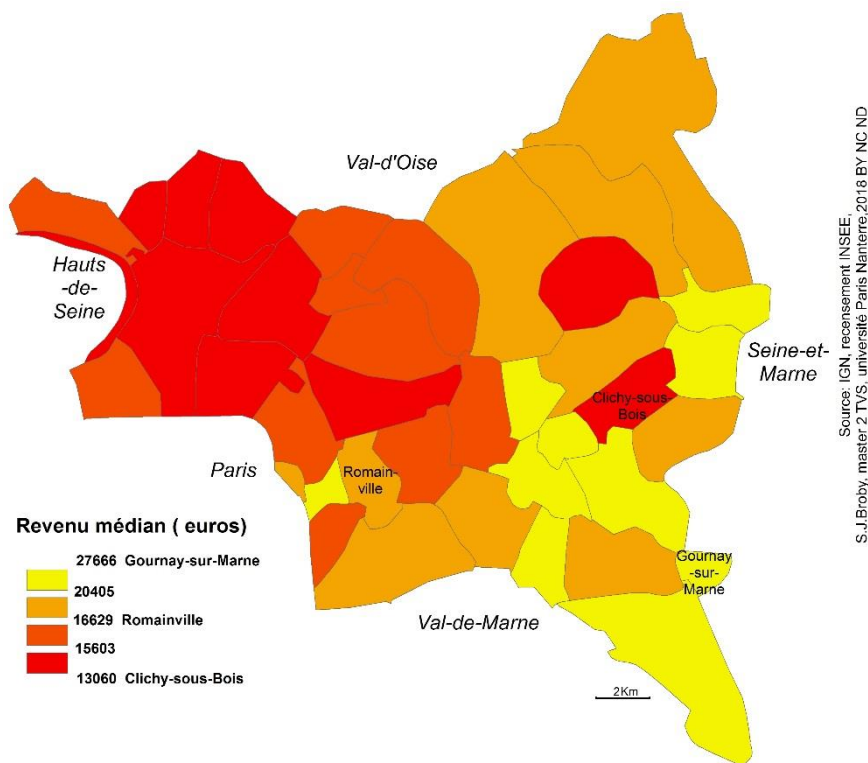
Source: ING, DIM EPS Ville Evrard, Mars 2018
S.J.Broby, master 2 TVS, université Paris Nanterre, 2018 BY NC ND

Les indicateurs socio-économiques

Les indicateurs socio-économiques de la SSD permettent de décrire un département où la vulnérabilité de la population domine. La moyenne de son taux de pauvreté est de 28,6% et est le plus élevé de France (14,7%) et d'Île de France (15,6%).

En 2014, le revenu médian disponible par unité de consommation est de 20 369 € en France métropolitaine et de 22 522 € pour la région Île-de-France. En SSD, il est de 16 726 € avec une disparité territoriale. La commune de Clichy-sous-Bois a le revenu médian le moins élevé (13 060 €) contrairement à la commune de Gournay-sur-Marne qui possède le revenu médian le plus élevé en SSD (27 666 €). La répartition du revenu médian montre une division du territoire en deux. Les communes situées dans la partie ouest ont un niveau de vie inférieur aux communes implantées à l'est du département (carte 7).

Carte 7 : Revenu médian par unité de consommation dans le département de Seine-Saint-Denis en 2014

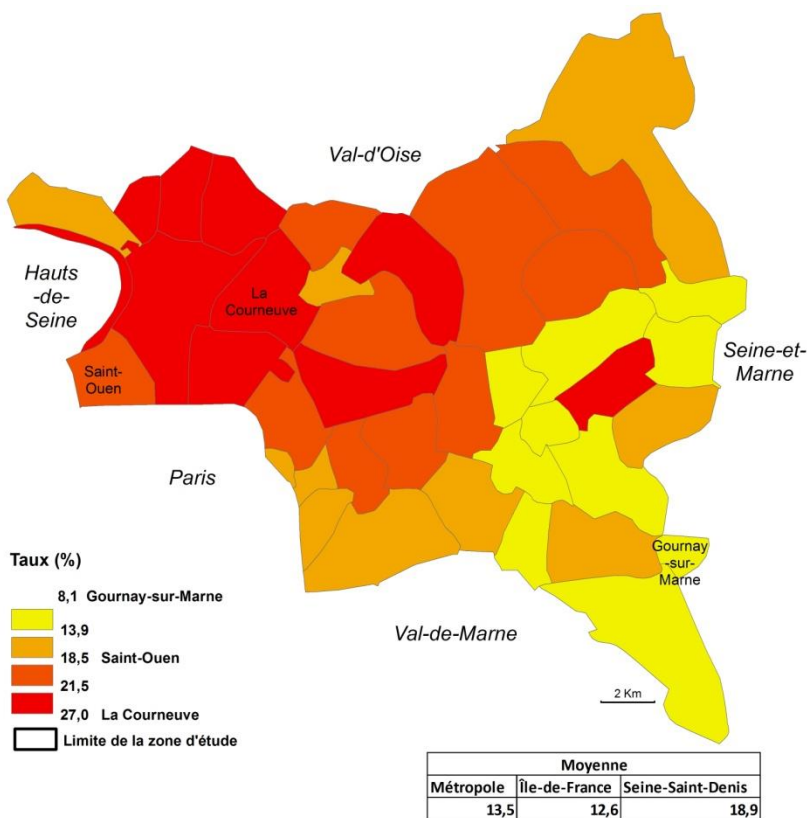


Au revenu médian s'ajoute l'activité économique du département. En 2014, le taux moyen d'activité en SSD est de 73,3 %, pour une moyenne nationale de 73,6%, et 76,1% en Île-de-France. Ce taux est le plus faible de la région francilienne. A l'opposé, les Hauts-de-Seine détiennent le taux moyen d'activité le plus élevé (78,3%) suivis de près par Paris (77,4%) et la Seine-et-Marne (76,5%) (INSEE, RP 2009-2014).

Concernant le taux de chômage moyen en SSD, il est de 18,9%, contre 13,5% au niveau national et 12,6% en Ile-de-France. Le taux le moins élevé est de 11,0% pour les Hauts-de-Seine et l'Essonne.

Comme le montre la carte 8, le taux de chômage en SSD s'étend de 8,1% à Gournay-sur-Marne à 27% à la Courneuve. Trois zones se dessinent, une concentration des chômeurs à l'ouest, une zone intermédiaire au nord-est et une zone composée des communes ayant les taux de chômage les moins élevés du département plutôt situés à l'est et au sud-est.

Carte 8 : Taux de chômage en Seine-Saint-Denis (2014)



S'agissant de l'éducation, dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, 24,5% ont un diplôme de l'enseignement supérieur, soit 23,2% des hommes et 25,6 % des femmes. La part des personnes n'ayant aucun diplôme ou pas plus d'un BEPC ou DNB est la plus importante de la région. Elle est de 40,2% pour l'ensemble de la population, 39,9% pour les hommes et 40,5 % pour les femmes.

Dans le cadre d'une étude pour repérer les indicateurs socioéconomiques ayant un impact sur la santé mentale, huit indicateurs ont été retenus, cartographiés par communes (cartes 9) et scorés (tableau 2).

Cartes 9 : les huit indicateurs au niveau communal en Saint-Seine-Denis

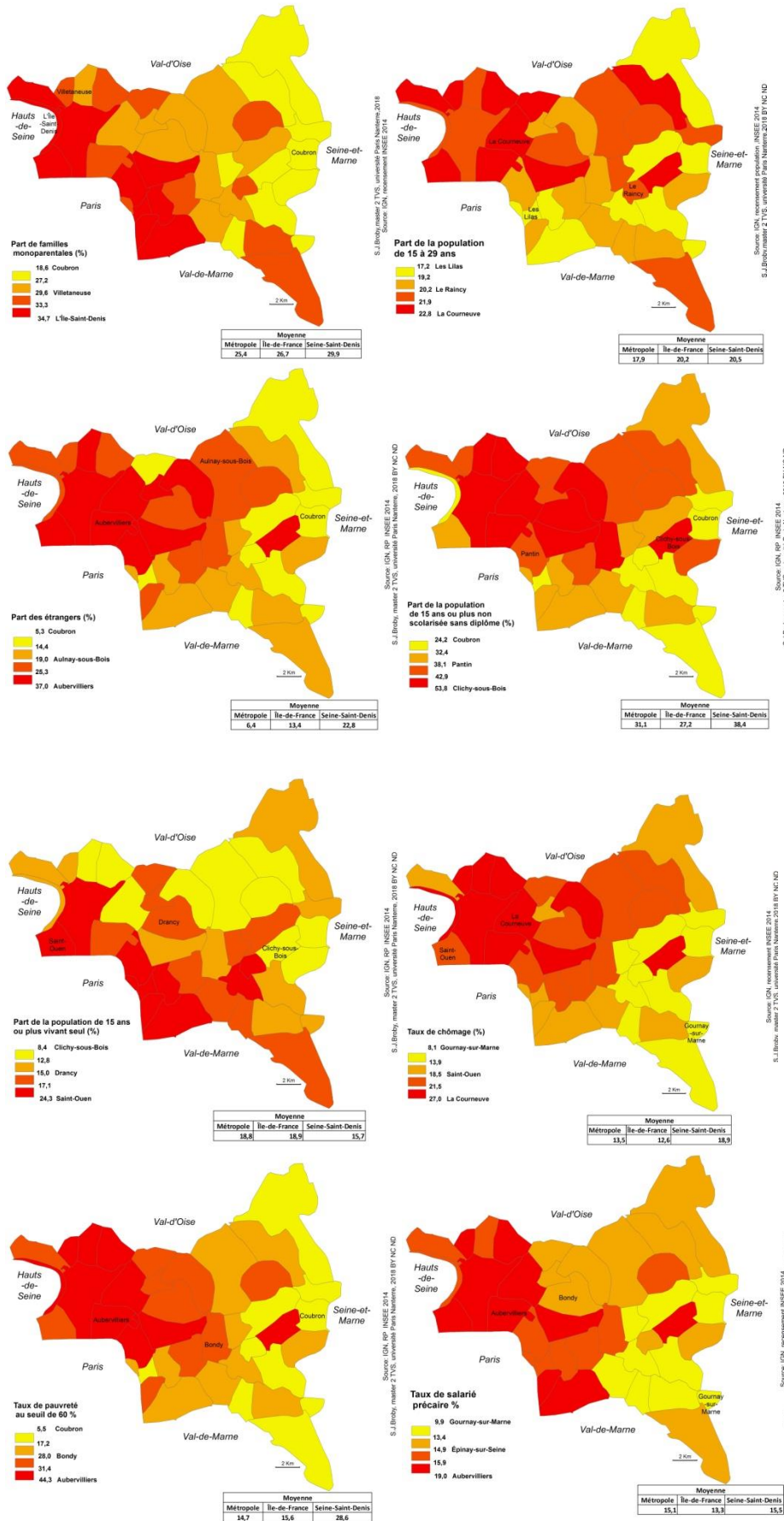


Tableau 2 : Analyse du lien entre huit indicateurs et le taux d'évolution de la population des communes de la Seine-Saint-Denis entre 2014-2026

	commune	% de projection de la pop 2026	Rang	Part des 15-29 ans	Rang	Part des étrangers	Rang	Taux de chômage	Rang	PART_POP_vivant_seul	Rang	PART_FAM_MONO	Rang	Part_P14_NSCOL15P_DIPLMIN	Rang	Taux de pauvreté	Rang	TX_SALARIE_PRECAIRE	Rang	Somme des rangs	Moyenne des sommes des rangs (Score)	Classement de Score
10 communes classées de 1 à 10ème positions	Coubron	0,3	1	17,2	2	5,3	1	8,9	2	11,0	3	18,6	1	24,2	1	26,3	18	10,5	2	31	0,8	1
	Gournay-sur-Marne	0,4	2	17,6	4	6,9	2	8,1	1	13,4	12	21,8	2	25,7	3	31,2	29	9,9	1	56	1,4	2
	Vaujours	0,4	3	21,9	30	10,0	3	10,8	3	14,0	15	21,9	3	30,8	8	5,5	1	11,6	4	70	1,8	3
	Neuilly-Plaisance	1,3	11	19,5	14	12,5	8	11,2	4	16,0	26	25,4	5	29,7	6	30,3	25	11,9	6	105	2,6	4
	Tremblay-en-France	2,2	20	19,2	9	11,2	5	14,9	14	13,0	11	26,9	9	38,0	20	12,6	5	14,1	16	109	2,7	5
	Gagny	2,4	22	18,5	6	13,9	9	13,3	9	15,0	20	24,7	4	32,3	10	29,0	21	13,4	10	111	2,8	6
	Les Pavillons-sous-Bois	1,4	12	20,2	21	16,1	15	12,2	7	15,8	25	26,0	6	33,4	13	15,8	6	12,4	8	113	2,8	7
	Villemomble	1,6	15	19,2	10	14,4	11	11,9	6	18,0	34	28,1	12	29,5	5	30,1	24	12,0	7	124	3,1	8
	Montfermeil	1,5	13	20,0	18	19,0	20	16,7	15	11,5	6	26,1	7	41,1	25	18,6	11	13,8	14	129	3,2	9
	Le Raincy	0,8	6	20,4	23	10,5	4	11,2	5	20,4	35	30,4	23	25,3	2	30,8	28	13,8	13	139	3,5	10
10 communes classées de 31 à 40ème positions	Épinay-sur-	3,4	30	22,6	39	24,5	27	17,6	17	13,7	14	33,5	31	42,8	29	28,0	20	15,3	24	231	5,8	31
	Pantin	3,7	33	19,3	12	26,3	33	19,1	22	21,2	36	34,4	35	38,2	21	19,0	12	15,7	27	231	5,8	32
	Pierrefitte-sur-Seine	1,7	16	21,5	29	30,9	35	22,3	33	12,1	8	28,1	13	49,9	38	44,3	40	15,1	22	234	5,9	33
	Bondy	3,3	29	20,2	19	22,8	24	21,5	30	14,1	16	29,6	20	43,8	31	38,7	37	15,7	28	234	5,9	34
	La Courneuve	2,4	23	22,8	40	36,2	39	27,0	40	12,8	10	28,6	15	49,7	36	11,8	4	18,8	39	246	6,2	35
	Clichy-sous-Bois	1,8	17	22,5	37	35,2	38	25,0	38	8,4	1	27,2	10	53,8	40	32,4	31	18,1	35	247	6,2	36
	Saint-Ouen	3,6	32	22,1	34	26,0	31	19,0	21	24,3	40	34,6	38	36,0	17	16,2	8	18,3	36	257	6,4	37
	Bobigny	2,9	27	22,2	35	30,3	34	23,5	35	13,6	13	33,7	33	50,4	39	21,6	15	17,1	33	264	6,6	38
	Aubervilliers	5,3	38	21,9	31	37,0	40	23,8	37	15,2	21	32,0	25	49,9	37	20,9	14	19,0	40	283	7,1	39
	Saint-Denis	8,0	40	21,5	28	31,7	36	23,8	36	18,0	33	34,5	36	46,6	33	31,4	30	17,7	34	306	7,7	40

Un grand nombre de quartiers est classé en politique de la ville⁶ (QPV, carte 2). En 2015, l'Île-de-France en compte 272 soit 21% des QPV en France métropolitaine (Mas et al, 2017). Les habitants de ces quartiers cumulent plusieurs indicateurs défavorables.

La Seine-Saint-Denis est également un département touché par les problèmes de trafic de stupéfiants. Un groupe d'intervention régional (GIR) lutte contre les trafics de stupéfiants et le blanchiment. En 2016, l'équipe a saisi l'équivalent de 11,7 millions d'euros. Le rapport d'activité des services de l'état en 2016 évoque une démarche de prévention de la délinquance qui concerne un grand nombre de communes (Aubervilliers, La Courneuve, Pantin).

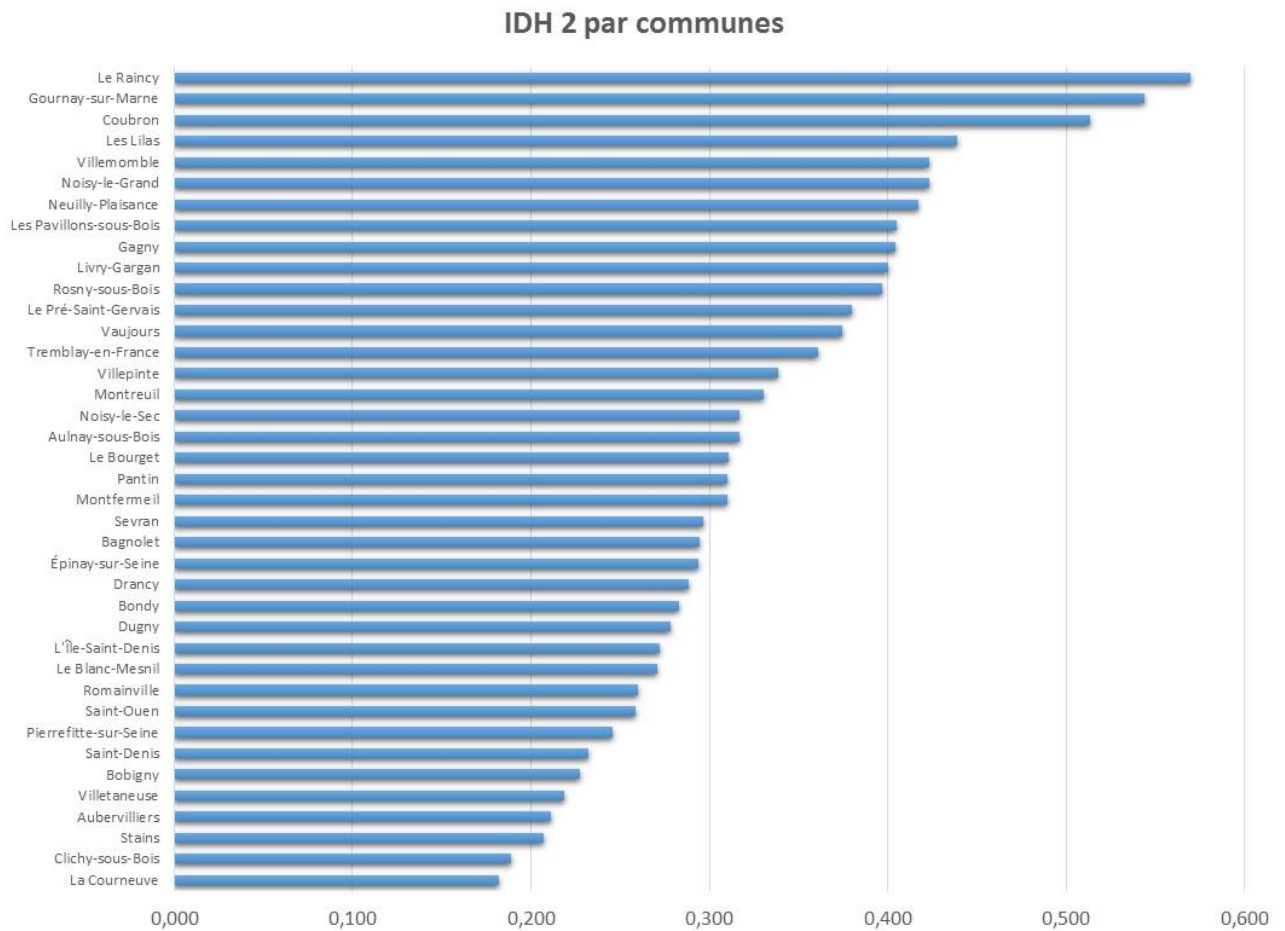
Indice de développement humain (IDH2) et indice global de besoin(IGB)

Ces deux indicateurs sont utilisés par les tutelles dans le projet régional de santé 2 (PRS2) pour définir des priorités en Ile de France. Ainsi pour l'IDH2, les communes inférieures à 0.52 sont jugées prioritaires, ce qui concerne plus de 90% des communes de Seine-Saint-Denis et pour l'IGB⁷, les départements dont l'IGB est supérieur à 1 sont prioritaires pour l'offre médicosociale (données ARS). L'IGB adulte de la SSD est de 1.18 et celui des enfants est de 1.07.

⁶ « Les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont des territoires d'intervention du ministère de la Ville, définis par la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine du 21 février 2014. Leur liste et leurs contours ont été élaborés par le Commissariat général à l'égalité des territoires » (INSEE, 2017).

⁷ IGB : catégorie socioprofessionnelle, titulaires d'une rente AT-MP, bénéficiaires PCH-ACTP, allocataires AAH

Figure 1 : IDH2 des 40 communes de SSD



Les indicateurs sanitaires

La population de la SSD présente des caractéristiques épidémiologiques préoccupantes

- Une espérance de vie à la naissance des hommes et des femmes qui reste la plus faible de l'Île-de-France
- Le taux de mortalité infantile (4,8 ‰) le plus élevé de la région Ile de France (moy. 3,8 ‰)
- Des taux de mortalité prématurée des hommes et des femmes (avant 65 ans) fortement supérieurs (260 pour 100 000 H / 130 F) à la moyenne régionale (227 H / 116 F).

Tableau 3 : indicateurs sanitaires

Indicateurs	Source	France métro	France entière (hors Mayotte)	Région	Département (ou territoire si infra)
Espérance de vie à la naissance (femmes)	DREES	85,4	85,4	85,9	84,8
Espérance de vie à la naissance (hommes)	DREES	79,3	79,2	80,8	79,5
Taux standardisé de mortalité prématurée pour les 0-64 ans	DREES	1,9	1,9	1,6	1,8
Taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes	IRDES	15,3	15,1	7,6	5,1
Nb de personne en ALD 23 (Régime général uniquement)	IRDES	1 205 694	1 231 642	204 878	30 296

L'analyse des pathologies affectant la population de la Seine-Saint-Denis confirme l'enjeu d'une forte couverture de santé de la population :

- Les habitants du département souffrent de plus en plus de maladies chroniques. Par exemple, la prévalence du diabète en 2013 atteignait 5,4%, contre 4,6% à Paris.
- Le cancer est la première cause de mortalité prématurée dans la population (35% cas) et présente une surmortalité qui reste significative par rapport au niveau régional et national, bien que la situation ait connu une nette amélioration depuis les années 90 (baisse du taux standardisé de mortalité par cancer de 25% pour l'ensemble de la population).
- C'est le département de la région Ile de France le plus touché par le VIH, avec un taux de dépistage de séropositivité de 32,30 pour 100 000 habitants contre une moyenne de 22,7 en Ile de France.

Nombre d'Allocataires AAH psy (données en attente de la MDPH)

Le droit à l'AAH est ouvert aux personnes reconnues comme handicapées par la CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) anciennement appelée COTOREP. Elles peuvent prétendre à l'allocation adulte handicapée dès lors qu'elles ne bénéficient pas d'un autre avantage, comme par exemple une pension d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. Le montant de l'AAH à partir du 1er avril 2016 est au maximum de 808,46 euros (au lieu de 807,65€ avant). Ce montant varie en fonction des ressources déclarées chaque trimestre. L'allocation s'adresse aux adultes d'au moins 20 ans domiciliés en France et qui n'ont pas atteint l'âge de départ à la retraite. Après cet âge, dans certains cas, les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % peuvent continuer de percevoir l'allocation. Fin 2012, 997 000 personnes reçoivent l'AAH, selon les données de la Caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) et de la MSA. Parmi elles, près des deux tiers, soit 618 000 personnes, ont un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %. Les allocataires souffrent majoritairement de limitations intellectuelles, cognitives ou psychiques, mais les limitations motrices touchent un allocataire sur deux. Ils sont âgés de 45 ans en moyenne et 71 % d'entre eux vivent sans conjoint ni enfant à charge.

Nombre de personnes en ALD 23 (IRDES, CNAM)

Les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (article L.324-1). Depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie, l'exonération du ticket modérateur pour l'assuré, est soumise à l'admission en ALD à l'aide d'un protocole de soins établi de façon conjointe entre le médecin traitant et le médecin-conseil de la Sécurité sociale, signé par le patient. En SSD, on dénombre 30 296 personnes en ALD 23 pour 204 878 dans la région IDF soit 15% de la région.

Tableau 4 : ALD 23 en SSD et en IDF

ALD – Taux de prévalence standardisé pour 10.000 hab. (2015)	IDF	93	Rang
AVC invalidant	68,9	70,9	6ème
Artériopathies chroniques	65,3	63,1	3ème
Insuffisance cardiaque, cardiopathie	143,7	139,4	3ème
Diabète 1 et 2	426,7	562,1	8ème
Hypertension artérielle sévère	145,1	191,6	8ème
Maladie coronaire	167,4	156,4	3ème
Insuffisance respiratoires chronique grave	93,2	118,4	8ème
Troubles psychiques	228,8	243,3	8ème

Taux de surmortalité par suicide

En France, un décès sur 50 est un suicide. Chaque année, plus de 11 000 personnes meurent de suicide et 70 000 personnes sont hospitalisées pour tentative de suicide (TS), cumulant environ 90 000 séjours hospitaliers pour TS. On estime par ailleurs qu'entre 175 000 et 200 000 tentatives de suicide sont prises en charge par les urgences hospitalières.⁸

La statistique de mortalité par suicide est produite depuis 1968 par le CépiDc- Inserm⁹ qui gère la base de données des causes médicales de décès, établie à partir des certificats de décès. Les tentatives de suicide sont repérables dans le PMSI et exploitables à partir de 2003.

Depuis 2007, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place pour tout patient pris en charge dans un établissement psychiatrique en hospitalisation complète ou partielle, ou en ambulatoire. Comme pour le PMSI-MCO, les diagnostics sont codés en CIM-10 de l'OMS¹⁰.

⁸ L'Observatoire national du suicide mis en place depuis septembre 2013 ; il élabore chaque année un rapport qu'il rend public, en s'appuyant sur deux groupes de travail. Le premier, piloté par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide. Le second, piloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, qui assure également le secrétariat de l'Observatoire), est chargé d'améliorer la connaissance des mécanismes de suicide et des tentatives de suicide, et de promouvoir des recherches sur ce thème.

⁹ <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

¹⁰ Chaque année, les bases de données du RIM-P sont mises à la disposition des institutions, dont l'InVS, pour les besoins de surveillance et de production d'indicateurs. Les indicateurs issus de cette base concernant la surveillance des tentatives de suicide sont :

- le nombre d'hospitalisations en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- le nombre d'hospitalisations en MCO et en psychiatrie pour TS selon l'âge et le sexe ;
- les taux bruts et standardisés d'hospitalisations en psychiatrie pour TS.

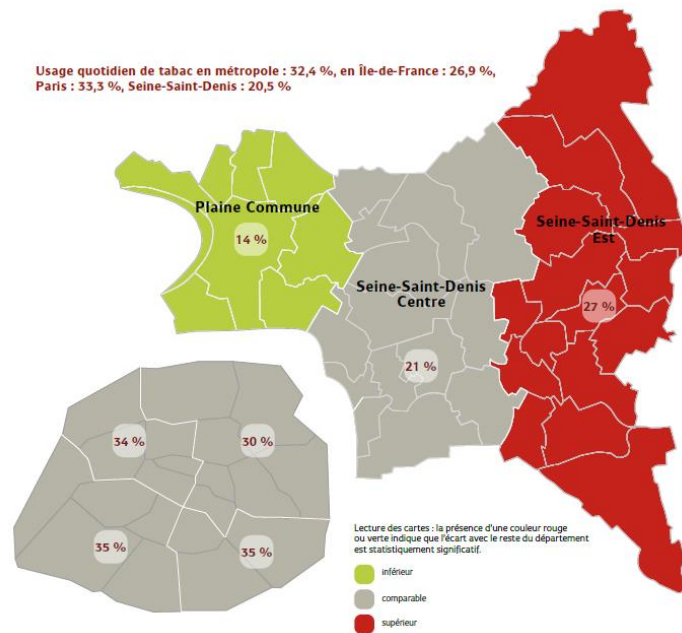
Toutefois, l'exhaustivité du codage des TS lors des hospitalisations en établissement psychiatrique semble encore imparfaite. Les hospitalisations en psychiatrie n'ont donné lieu à des enregistrements pour le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) qu'à partir de 2007 avec une montée en charge progressive.

Ainsi dans le RIMP, entre 2009 et 2011, on dénombre 33 269 patients avec un code de TS pour un total de 44 748 séjours en établissements psychiatriques en France métropolitaine, soit une moyenne annuelle de 11 000 patients dont environ 4 000 transférés en psychiatrie après un séjour en médecine.

En Ile de France pour la période 2009-2011, le taux standardisé est de 9.3/100 000 pour une moyenne nationale de 18,1/100 000. Le taux en Île-de-France est fortement sous-estimé en raison d'une absence de transmission des résultats d'investigation de l'institut médico-légal de Paris. Le taux de 5.1 pour la SSD (tableau 3) souffre des mêmes critiques.

Consommations de tabac, alcool et drogues en SSD

Carte 10 : tabagisme en 2014 à partir de 17 ans (OFDT)



Les données disponibles sur les consommations drogues, tabac et alcool dans un territoire sont disponibles sur le site de l'OFDT et datent déjà de 2014. Les adolescents de SSD déclarent souvent des niveaux d'usage parmi les plus bas de France. La carte 10 montre par exemple que la consommation de tabac à l'Est du département se rapproche des constats faits dans Paris.

Les besoins en santé mentale en Seine-Saint-Denis

La santé mentale est identifiée comme une des huit thématiques du projet régional de santé 2018-2022 (PRS2).

« La politique de santé mentale en Ile de France s'inscrit dans un continuum qui englobe la bonne santé mentale, la souffrance psychique aiguë ou durable, la maladie psychique, la maladie chronique, le handicap psychique. Elle concerne toute la population à des degrés divers et implique de nombreuses interfaces entre promotion de la santé et prévention / offre de soins / accompagnement. D'un côté, en termes de promotion de la santé, elle cherche à développer les attitudes, les conditions de vie et d'environnement individuels et collectifs favorables à la santé mentale. D'un autre côté, les prises en charge en termes de prévention, de dépistage, de suivi des parcours de soins visent à réduire l'impact des troubles psychiques et des troubles liés aux addictions tant pour les personnes touchées que pour la société ».

Les politiques de santé mentale doivent prendre en compte les déterminants socio-économiques et environnementaux tels que la pauvreté, la discrimination, les faibles niveaux d'instruction et l'instabilité économique. En Ile de France, l'importance de ces facteurs a été mise en évidence notamment autour :

- d'une grande diversité des situations de dégradations de l'habitat - qui augmentent le risque de problèmes psychiques - mais dont deux problématiques se distinguent par l'ampleur des besoins d'intervention qu'elles recouvrent : l'habitat indigne et les copropriétés dégradées ou vulnérables.

- de la nécessité de renforcer la protection de la santé émotionnelle des familles monoparentales, notamment celle des enfants, confrontées à l'absence prolongée de domicile fixe.
- du phénomène d'exclusion générée par les troubles mentaux, un tiers des personnes sans abri souffrant de troubles psychiques graves.
- des spécificités de la région telles que la part plus importante des migrants, la part plus importante des étudiants, la perception plus aigüe du psycho-traumatisme.

Par ailleurs, la prévalence des troubles psychiatriques est importante chez les usagers de drogues et réciproquement. Les prévalences du VIH et du VHC sont également plus importantes dans les populations de patients présentant des troubles psychiatriques sévères qu'en population générale. Les troubles psychiatriques sont également associés au maintien de pratiques à risque chez les usagers de drogues.

Pour préparer les objectifs régionaux en santé mentale, le GRSM¹¹ issu du CRSA a énoncé des principes :

- Refonder une politique de promotion et de prévention
- Promouvoir l'*empowerment* pour que le citoyen, l'utilisateur puisse être acteur de sa santé mentale
- Optimiser les parcours de soins et d'accompagnement
- Réduire les inégalités
- Innover, évaluer
- Renforcer le rôle des Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

L'analyse des besoins

L'analyse des **besoins réels** en santé mentale de la population reste complexe à appréhender. Plusieurs approches sont possibles :

Approche par les dépenses de santé ou le recours aux soins

Pour le système de soins, les prises en charge pour maladies psychiques et les traitements par psychotropes représentent le premier poste de dépenses (22,5 Mds€) de l'assurance maladie et touchent 13% des personnes couvertes. En Île-de-France, le recours aux soins psychiatriques des établissements de santé concerne 360.000 personnes par an ; le recours aux psychiatres libéraux concerne 316 000 personnes ; 225 700 franciliens ont une reconnaissance ALD 23 ; enfin, la part des motifs psychiatriques dans le recours au médecin généraliste est mal documentée mais des enquêtes montrent que cela s'inscrit en tête de leurs préoccupations.

Approche par la consommation de soins

La file active des patients n'est que le reflet des besoins exprimés. En SSD, cette file active reflète la consommation de soins d'une population (taux de recours) et ne prend pas en compte les patients qui sont soignés hors de leur territoire que l'on analyse par le taux de fuite¹². Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie des franciliens est sensiblement inférieur à la moyenne nationale (indice 0,79). Cependant, malgré la densité de professionnels (à Paris), le taux de recours aux soins ambulatoires délivrés par les établissements atteint à peine la moyenne nationale. Mais, avant tout, la situation régionale se caractérise par l'amplitude des inégalités territoriales de recours aux soins psychiatriques, quelle qu'en soit la modalité. Ainsi, la comparaison des taux de recours des habitants des 8 départements donne (pour une moyenne régionale = 1) des indices allant :

De 0,82 (77) à 1,16 (75) en hospitalisation temps plein,

De 0,67 (93) à 1,65 (75) en hospitalisation temps partiel,

De 0,44 (95) à 1,65 (75) pour les actes ambulatoires,

De 0,62 (93) à 1,70 (75) pour les psychiatres libéraux.

Les écarts constatés sont corrélés à la disparité de l'offre entre les territoires et aux caractéristiques socioéconomiques de la population.

Le taux de recours aux soins psychiatriques

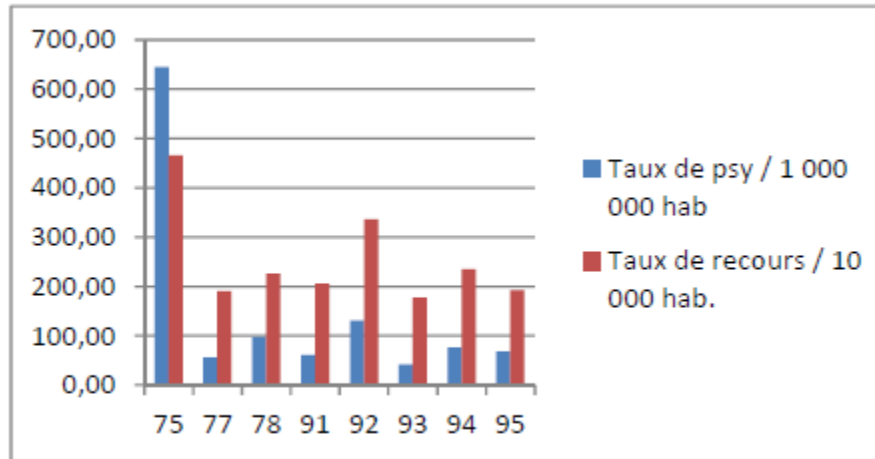
Selon les données de l'ARS, les taux de recours bruts sont globalement corrélés à l'implantation des psychiatres (figure 2). Cependant le taux de recours selon les départements varie d'un indice 0.7 (en SSD) à 1.7 (Paris), alors

¹¹ GRSM groupe régional de santé mentale

¹² Le « Taux de fuite » correspond au rapport entre le nombre de journées ou actes ambulatoires de la zone géographique sélectionnée pris en charge en dehors de cette zone sur le nombre total de journées ou actes ambulatoires issus de la zone sélectionnée (une zone géographique qui ne contient aucun établissement hospitalier présente un taux de fuite de 100%).

que la densité des psychiatres varie de 0.2 (SSD) à 3.6 (Paris). Par rapport à 2014, le taux de recours brut moyen tous âges en Ile de France a progressé de 1.9% passant de 264 à 269 pour 10 000 habitants. Seuls les Yvelines et le Val de Marne ont diminué ; la SSD voit sa consommation croître plus rapidement que sa démographie des psychiatres.

Figure 2 : nombre de psychiatres pour 1000 habitants et taux de recours bruts pour 10 000 habitants



Outre la disparité de l'offre, de nombreux facteurs peuvent expliquer le taux de fuite : un déménagement, la proximité de la structure au lieu de travail ou de personnes proches ou encore la recommandation par des proches d'un praticien renommé (Ana Marques et al, 2017).

Tableau 5 : Taux de fuite du territoire de santé en région parisienne (ATIH)

Territoire de santé de résidence des patients	Nombre de journées consommées par les patients du territoire de santé	- dont nombre de journées produites dans d'autres territoires de la région	Taux de fuite du territoire de santé
Paris	552 714	250 150	45,30%
Seine-et-Marne	234 040	40 757	17,40%
Yvelines	307 573	56 158	18,30%
Essonne	255 449	36 707	14,40%
Hauts-de-Seine	349 144	235 144	67,30%
Seine-Saint-Denis	278 277	88 141	31,70%
Val-de-Marne	322 097	130 665	40,60%
Val-d'Oise	237 842	36 141	15,20%

Source : RIM-P, 2016

La file active

La file active reflète les besoins exprimés (à différencier des besoins réels). La file active est le nombre total de patients dans une structure donnée, au cours de l'année étudiée. En d'autres termes, il s'agit «du nombre total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit à domicile» (ANFH, 2017).

La SSD a une file active d'un peu plus de **38 000 patients dont 80% sont ambulatoires**. La variation en nombre de ces différents types d'hospitalisation dans le temps est très disparate et se traduit entre 2011 et 2015 (tableau 6) par une augmentation de 90 226 journées à temps complet et 80 712 journées à temps plein. Une baisse égale

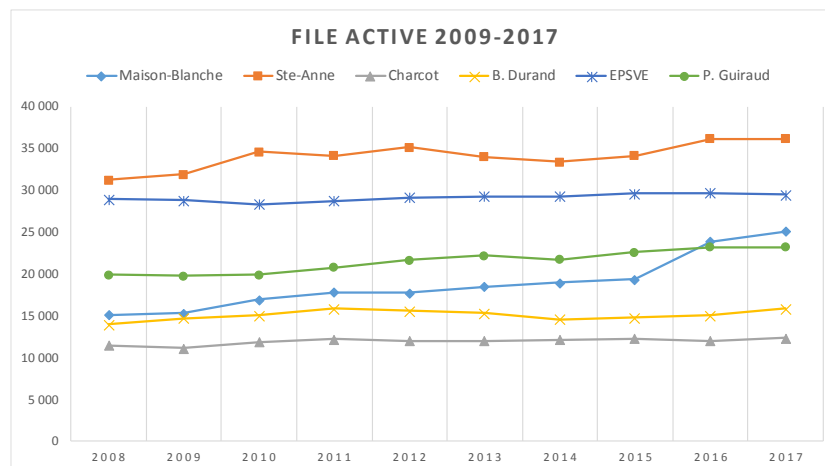
à 4 871 est observée pour le nombre de venues d'une journée et de 37 557 pour le nombre de venue d'une demi-journée (cf. tableau).

Tableau 6 : Evolution en nombre des journées d'hospitalisations en psychiatrie en Seine-Saint-Denis

	2011	2012	2013	2014	2015
Nb journées à temps complet ¹³	206041	220634	321232	326585	296267
Nb journées à temps plein	183538	192914	298131	286871	264250
Nb de venues d'une journée	65057	66363	50766	69500	60186
Nb de venues d'une demi-journée	60548	61330	19442	19503	22991

Cette file active est une des plus importantes de France comme en témoigne le graphique qui montre que l'EPS-VE, important établissement psychiatrique en SSD, puisqu'il représente 80% du territoire de la SSD, est aux alentours de 30 000 patients. Si on y ajoute la file active des autres établissements importants que sont Robert Ballanger, Delafontaine, les cliniques d'Epina y et de Villepinte, Avicenne, la file active est aux alentours de 38 000.

Figure 3 : évolution de la file active des patients de psychiatrie dans des établissements de l'Île de France

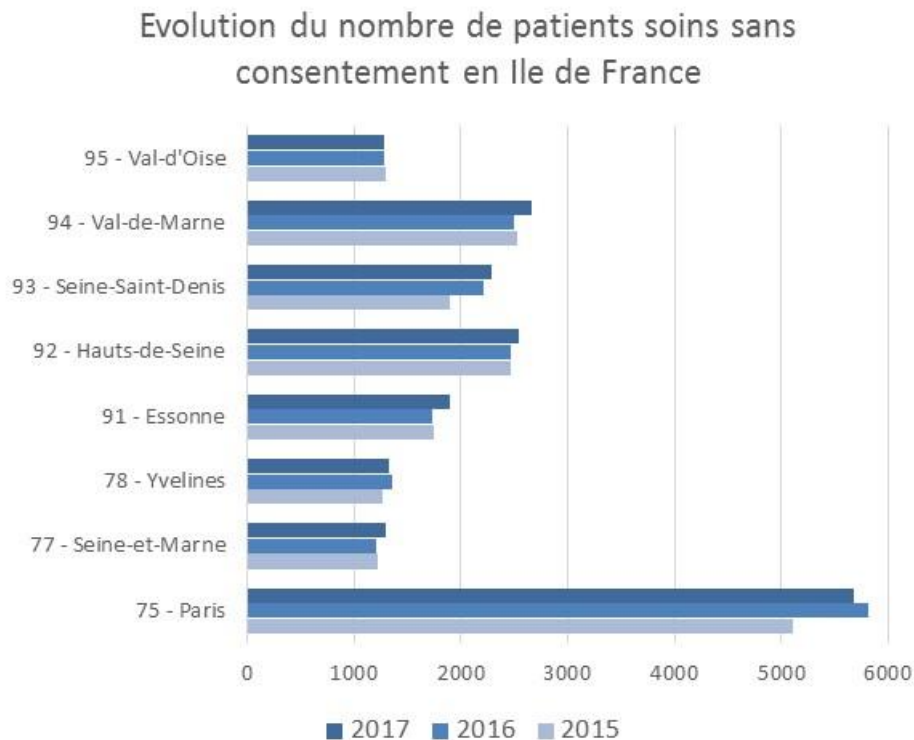


Les soins sans consentement :

En termes de droits et libertés, l'Île de France n'échappe pas à l'augmentation du recours aux soins sans consentement ; compte tenu, là aussi, des fortes disparités constatées, l'analyse des causes est indispensable, les bonnes pratiques doivent être diffusées pour contenir puis inverser cette tendance ; par ailleurs l'obligation de traçabilité du recours à la contention et/ou à l'isolement s'inscrit dans un objectif de limitation de ces pratiques, appuyé par les recommandations sur la prévention et la gestion de situations de violence. En Île de France, si le recours à l'hospitalisation est modéré, le recours aux soins sans consentement est supérieur à la moyenne nationale. C'est en SSD que l'augmentation entre 2015 et 2017 est la plus importante (20%) suivie de Paris (11%). Figure 4.

¹³ Le temps complet comprend le temps plein, le post cure, l'HAD, l'AFT, le centre de crise, l'appartement thérapeutique

Figure 4 : évolution du nombre de patients en soins sans consentement



Les publics spécifiques

Certaines populations méritent d'être traitées à part soit parce que la prise en charge est spécifique en termes de structures, de soins (les enfants, les adolescents, les personnes âgées...) soit parce que leur recours, leur dépistage leur prévention dépasse le champ de la psychiatrie (personnes vulnérables).

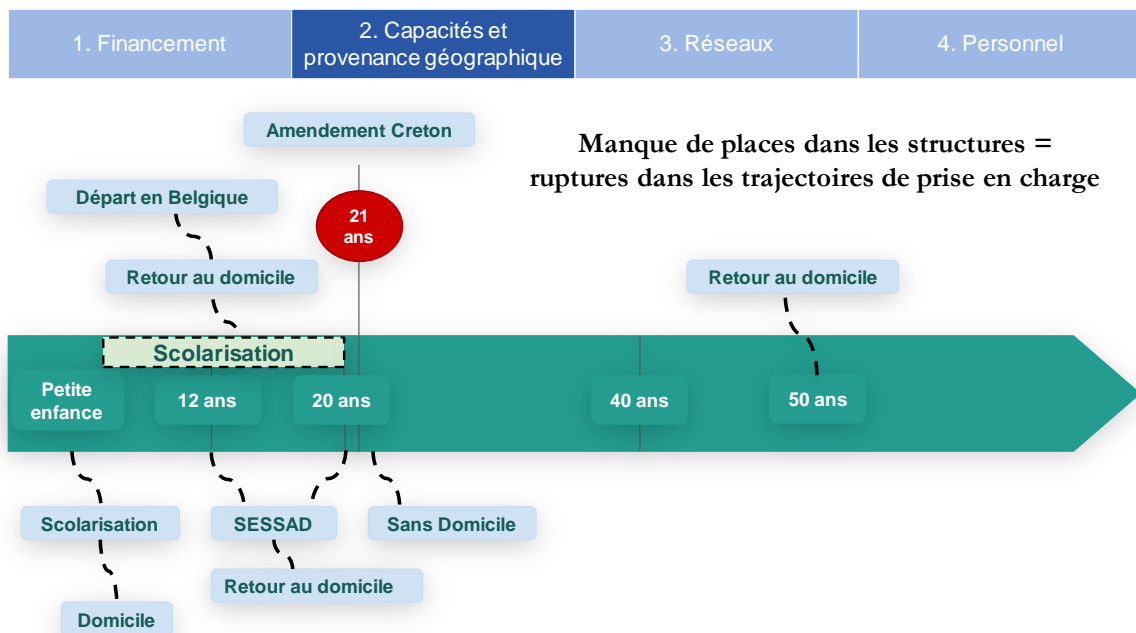
Les jeunes enfants et leurs parents

La SSD est le département au plus fort taux de natalité de France, qui cumule tous les facteurs de vulnérabilité et dont le taux d'équipement en termes de soins psychiques aux enfants est un des plus bas de France. Les difficultés se rencontrent dans l'ensemble des secteurs : le domaine sanitaire, médico-social, de l'éducation nationale, associatif. L'isolement des familles, la mono parentalité élevée, la pauvreté et la distension des liens sociaux sont des facteurs qui concourent à l'augmentation des problèmes de santé mentale pour les enfants aux différents âges de la vie.

Les besoins en santé mentale de la population infanto-juvénile sont insuffisants à toutes les étapes du développement de l'enfant (figure 5) :

- Prévention
- Accès au diagnostic et aux soins psychiques
- Accès aux établissements médico-sociaux
- Accès aux accompagnements sociaux et à la protection de l'enfance
- Accès aux soins somatiques
- Accès à l'hébergement et au logement
- Accueil et gestion des situations de crise
- Situations d'enfants dits «sans solutions»

Figure 5 : Modélisation de parcours et structures



La Prévention

La PMI œuvre pour le bien-être et la santé mentale des jeunes enfants

Elle intervient dans trois domaines d'action :

- La Protection Infantile (PI) qui concerne le suivi de l'état de santé et du bon développement des enfants de 0 à 6 ans ;
- La Protection Maternelle (PM) qui s'intéresse au suivi de la grossesse des femmes ;
- La Planification Familiale (PF) qui aborde la maîtrise de la fécondité, la prévention des IST et l'accompagnement de la parentalité (prévention des conflits familiaux).

L'intervention de la PMI se fait selon une approche globale de la santé prenant en compte les dimensions médico-psycho-sociales. A ce titre, le suivi du bon développement de l'enfant vise le bien-être physique et psychique de l'enfant en tenant compte des aspects socio-éducatifs. La PMI est un acteur de prévention précoce, c'est-à-dire qu'elle peut intervenir très précocement dans la vie du jeune enfant puisque son action peut concerner les nouveau-nés dès leur sortie de maternité voire débuter dès la grossesse de la mère. Il s'agit de proposer aux familles un accompagnement contribuant à la mise en place d'un environnement favorable à la santé mentale. En effet, la petite enfance est une période cruciale pour tenter de réduire la proportion d'enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants.

Les professionnels de PMI intervenant dans le champ de la santé mentale

Le service de PMI de Seine-Saint-Denis s'est doté des compétences de professionnels du champ de la santé mentale à savoir des psychologues et des psychomotriciennes. Pour autant, les autres professionnels des équipes (puéricultrices, médecins, EJE...) contribuent, eux aussi, à la promotion de la santé mentale des enfants et de leurs parents.

Les actions de la PMI

Pour contribuer à la création d'environnements favorables à la santé mentale du jeune enfant, les professionnels de PMI interviennent en collaborant avec les parents et en s'appuyant sur leurs compétences. Plusieurs leviers d'actions sont utilisés :

- Le soutien à la parentalité par :
 - l'accompagnement des familles ;
 - le renforcement des compétences parentales via le renforcement des compétences psycho-sociales ;

- l'amélioration du lien parents/enfants ;
- Le renforcement du soutien social des familles et la rupture de l'isolement.

Ces objectifs sont poursuivis à travers les différentes interventions menées par les professionnels de PMI : les Accueils Parents-Enfants, les consultations de puéricultrices, les entretiens psychologiques, les consultations de psychomotricité...

L'accès au diagnostic et aux soins psychiques

Le recrutement des pédopsychiatres en SSD est en crise¹⁴ et les CMP IJ souffrent d'une insuffisance de professionnels pour rendre en charge l'ensemble des demandes de diagnostics et de soins des enfants ce qui conduit à des délais de prise en charge longs voire très longs (> 6 mois). Sollicités par l'ensemble des partenaires (éducation nationale, établissements médico-sociaux, PMI, familles, services de protection de l'enfance) les CMP ont une liste d'attente pouvant aller jusqu'à 2 ans.

Cette difficulté est renforcée par le manque de structures d'amont de prévention (RESAD pour les enfants), de structures d'aval (places et structures en médico-social) ou d'un appui alternatif avec un secteur libéral quasi absent. Il existe un déficit majeur en pédopsychiatrie libérale, en psychomotricité, et en orthophonie alors que les enfants, dont une partie importante est issue de la migration a des difficultés d'accès au langage et aux apprentissages.

Les enfants sont donc presque exclusivement dépendants du secteur public pour les soins psychiques.

Les structures spécialisées en SSD

Les 33 centres médico-psychologiques infanto-juvéniles (CMP-IJ) sont également répartis sur le territoire comme l'illustre la carte 17

Les 11 Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP) sont insuffisants et répartis de manière inégale dans le département. Ils sont plus présents dans les communes limitrophes de Paris.

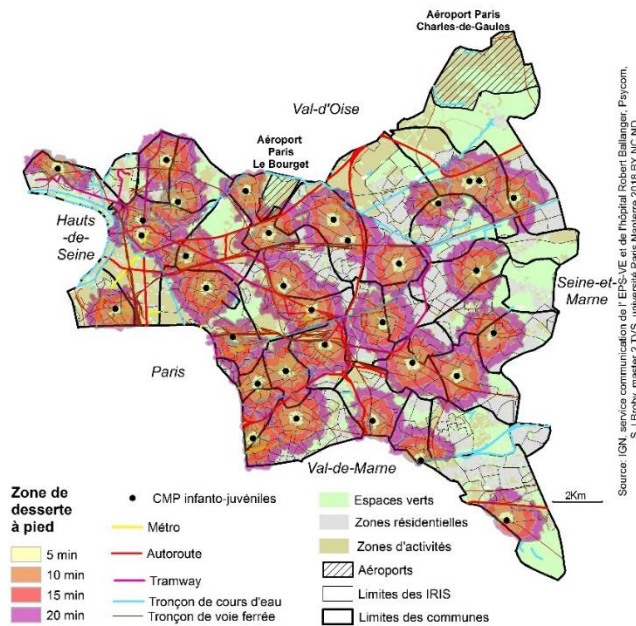
Les 4 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont engorgés, et les listes d'attente sont très longues, alors que la prévention et la rapidité de prise en charge sont indispensables pour lutter contre des évolutions péjoratives d'enfants en situation de handicap.

Les dispositifs spécifiques experts sont :

- L'UNIDEP à Jean verdier, unité de diagnostic de niveau 3 de l'autisme, à vocation départementale. Par son rattachement au CRAIF elle est en lien avec les autres CDEA d'Ile de France, et des mises en commun de pratiques ont lieu entre plusieurs CDEA partenaires. Dans le cadre des bilans réalisés, les professionnels adresseurs partenaires sont associés dans le cadre de diffusions de pratiques.
- Le Centre du langage et des troubles des apprentissages à Avicenne
- L'UFITAA (2018) à Jean Verdier qui fait partie du Réseau TCA Ile de France regroupant les équipes TCA de l'ensemble de l'IDF, enfants, ados et adultes.

¹⁴ Il convient d'indiquer que le dénombrement des pédopsychiatres est malaisé, car il existe à ce jour un DES unique, celui de psychiatrie, la psychiatrie infanto-juvénile étant une qualification supplémentaire acquise par un DESC et non recensée dans les systèmes d'information. Selon les données issues du RPPS (médecins déclarant un savoir-faire « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »), il y aurait 2 475 psychiatres infanto-juvéniles en 2015, soit 15 % de l'ensemble des psychiatres. Sur ce chiffre, 48 % seraient salariés, 38 % libéraux, 14 % avec un exercice mixte. Ce nombre est en diminution : - 7 % entre 2012 et 2015, -14 % si l'on considère uniquement les pédopsychiatres libéraux. Selon une étude du CNOM visant la période 2007-2016, la baisse totale du nombre de pédopsychiatres serait de 48 % entre ces deux dates. Par ailleurs, la répartition territoriale de ces spécialistes met en évidence de fortes disparités : si la densité moyenne est de **15 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans**, celle-ci varie de moins de 4 pour certains départements très sous dotés (Pas-de-Calais, Corse du Sud, Eure) à 23 dans les départements les mieux dotés (Gironde, Alpes Maritimes, Côte d'or, Drôme, Pyrénées-Atlantiques, Calvados). Elle est de près de 100 à Paris. Par ailleurs, certains départements ne comptent aucun pédopsychiatre libéral (Nièvre, Meuse, Haute-Marne, Lozère, Cantal, Ardennes, collectivités d'Outre-mer).

Carte 17 (reproduite et commentée plus loin dans le texte, chapitre offre)



L'accès aux structures médicosociales

Définitions

Les **Centre Médicaux Psycho-Pédagogiques (CMPP)** sont des structures médico-sociales qui ont pour mission de prendre en charge la santé mentale (comme les CMPIJ du secteur sanitaire) de 0 à 20 ans. A ce titre, ils reçoivent en consultation et suivent des adolescents. Un rapport récent de l'IGAS¹⁵ a permis de clarifier le fonctionnement des CMPP, CASMP et CMP-IJ et fait des recommandations pour améliorer le fonctionnement et la lisibilité.

Les **Institut Médico-Educatifs (IME)** ont pour mission de dispenser aux enfants ou adolescents une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation

Les **Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP)** peuvent accueillir des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques s'exprimant par des troubles du comportement perturbant gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage.

Les **Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD)** apportent aux familles conseils et accompagnement, ils favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Chaque SESSAD est spécialisé par type de handicap.

Toutes ces structures médico-sociales ont vocation à recevoir des enfants et des adolescents, en fonction du type de handicap présenté. En SSD, on dispose de :

	IME	ITEP	SESSAD	CMPP
Nombre de structures	37	2	20	11

¹⁵ Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centre médico psychologiques en infanto juvénile (CMP-IJ)- septembre 2018

La SSD est sous-équipée en structures médico-sociales, compte-tenu de la population d'enfants (comparativement aux autres départements). En 2017, l'offre en Seine-Saint-Denis est de 2856 places pour l'enfance handicapée hors CAMSP1 et CMPP2. Par ailleurs on dénombre presque 100 enfants de SSD pris en charge en Belgique.

De nombreux enfants et adolescents entre 6 et 18 ans suivis dans les structures ambulatoires des inter-secteurs de psychiatrie infanto juvénile sont au domicile à temps plein du fait d'un manque de places en structure correspondant à l'orientation préconisée par la MDPH 93 (Recensement en cours dans les 3 inter-secteurs de Ville Evrard). Leur nombre est aujourd'hui estimé à environ 300 enfants par la MDPH 93. Par ailleurs, 89 enfants de Seine-Saint-Denis sont accueillis en Belgique. Cela implique une séparation du milieu familial, et ne peut être considéré comme une solution convenant à toutes les familles. Dans le rapport de l'ARS (septembre 2018) «Stratégie régionale de développement et de transformation de l'offre pour les personnes en situation de handicap», la situation d'inadéquation entre besoin et offre d'ESMS en Ile de France et plus particulièrement en SSD est documentée :

- Le nombre de places ouvertes depuis 2010¹⁶ n'a pas permis d'absorber le nombre de jeunes en attente de structure, probablement du fait entre autres du dynamisme démographique de ce département.
- Le taux d'équipement en ESMS en Seine-Saint-Denis reste en 2018, de 15% de moins que la moyenne régionale et de 38% de moins que la moyenne nationale.

Ces enfants et adolescents non accueillis dans une structure adaptée à leur situation souffrent la plupart du temps de problèmes multiples : un handicap psychique et mental, des troubles du comportement, un milieu familial précaire, sur le plan des ressources financières des parents ou de la stabilité du logement. L'absence de structures pouvant les accueillir à temps plein fait que les parents, les mères surtout, qui les élèvent souvent seules, sont obligées de démissionner de leur emploi, ce qui les met dans une situation de précarité majorée. Les compensations financières de la MDPH, engorgée par les demandes, tardent souvent à arriver, puisqu'il faut entre 8 mois et un an avant que le dossier ne soit traité en Seine-Saint-Denis.

Le défaut de soins, de suivi éducatif ou scolaire entraîne des conséquences désastreuses en termes de développement cognitif, psychoaffectif, et d'acquisition d'autonomie.

Les pédopsychiatres suivent ces enfants sans solution en CMP. Les consultations mensuelles par un pédopsychiatre, et éventuellement accompagnements individuels hebdomadaires (1 à 2h par semaine) restent très insuffisants au regard du besoin d'une prise en charge à temps plein en ESMS. Les assistants sociaux sont indispensables à ces suivis, et les parents les investissent dans le rôle de référent de parcours car ils les connaissent souvent depuis le début de la prise en charge en CMP, vers 3 ans. La plupart du temps, ils ont aidé la famille à faire le dossier MDPH de demande d'établissement, souvent dans des contextes émouvants de deuil de l'enfant normal. Ils aident les parents à rester actifs dans la démarche de recherche d'établissement, relancent les demandes mais parents et professionnels s'épuisent à ne trouver que des portes fermées. Le rôle des pédopsychiatres consiste alors à :

- continuer à relancer les demandes,
- actualiser les comptes rendus cliniques,
- renseigner le niveau d'autonomie particulièrement utile pour estimer le taux d'encadrement,
- trouver des solutions alternatives pour les enfants, comme des associations qui proposent des suivis éducatifs à domicile,
- offrir du soutien aux parents, comme des sorties ou des groupes de parole de parents, et leur permettre d'échanger sur les solutions qu'ils ont trouvées.

Le DITSA, dispositif intégré de soins et de services pour les personnes avec troubles du spectre de l'autisme, devenu récemment DIH (dispositif intégré handicap) est un dispositif expérimental ouvert en septembre 2016 et financé par l'ARS qui a pour objectif de simplifier le parcours des personnes handicapées en situation les plus complexes et de leur famille. Son travail permet de mettre en lien les acteurs du territoire intervenant dans le parcours des personnes avec autisme, et permet une meilleure lisibilité de l'organisation territoriale et renforce la coopération des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, pédagogique et éducatif. Le dispositif a accompagné depuis 2017, 46 situations de

¹⁶ Entre 2010 et 2017, 469 places supplémentaires installées en SSD pour les enfants. Malgré ce rattrapage le taux par habitant reste de 15% inférieur à la moyenne régionale du fait du dynamisme de la démographie

«parcours complexe» dont 36 enfants entre 4 et 15 ans, et a réalisé de nombreuses rencontres avec les acteurs du territoire, ayant permis un diagnostic de territoire. Son bilan fait le même constat de manque de places en structures de prise en charge temps plein :

- en IME pour certains âges «charnières» : 11-14 ans, 16-21 ans, ce qui crée un manque de fluidité dans les transitions et un engorgement de structures du fait de l'amendement Creton (dispositif législatif permettant le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissements d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes).
- en IME pour les jeunes avec TED
- en IME pour les jeunes avec «faible niveau d'autonomie»
- en SESSAD à partir de 4 ans pour soutenir la scolarisation et éviter les ruptures après la maternelle

D'après les données des patients suivis à l'EPS-Ville Evrard, des inégalités existent également en fonction du domicile, en lien avec la répartition géographique des structures et leur bassin de recrutement (par exemple grand nombre de patients sans solution à Noisy le grand et Clichy sous-bois et Montfermeil).

Enfin, l'articulation entre les partenaires sanitaires et médicosociaux ne peut se faire

- Sans une réponse apportée aux nécessités de transports des enfants entre les lieux de soins et les établissements médicosociaux.
- Sans une amélioration de l'interconnaissance et des partenariats entre acteurs (voir chapitre réseaux)

La scolarisation et les apprentissages

L'éducation nationale est également confrontée à un déficit en enseignants, notamment expérimentés. Il existe un turn-over très important des enseignants qui sont en début de carrière¹⁷. Cela ne facilite pas l'accès aux apprentissages pour les enfants dont le multiculturalisme nécessite des approches adaptées afin de mettre en œuvre un processus d'intégration et une élévation du niveau d'apprentissage.

Beaucoup d'enfants ne peuvent pas bénéficier :

- d'accompagnement par des AVS lorsque leur pathologie ou leur handicap le justifient
- de dispositifs spécifiques (ULIS élémentaire, collège et lycée, SEGPA, RESAD)

Les difficultés des familles

De nombreuses familles vivent dans la pauvreté et l'isolement. Les réseaux d'entraide sont peu développés, de même que les associations de familles. L'UNAFAM, initialement centrée sur les questions de psychiatrie adulte, se saisit des difficultés des familles ayant un enfant souffrant de pathologie psychique. L'UNAFAM est l'association de familles la plus implantée dans le département. Orientée historiquement vers l'accompagnement des adultes avec des troubles psychiques, elle est de plus en plus sollicitée par les familles ayant un enfant avec des troubles psychiques.

Spécificités par âge

La périnatalité

Ayant la nécessité d'être au plus près des maternités, la périnatalité nécessite une articulation étroite entre la pédopsychiatrie, la maternité, la néonatalogie et la psychiatrie adulte.

Les situations de grande précarité de femmes et des familles en Seine saint Denis, nécessite également des articulations étroites avec les services sociaux, les PMI et les services de protection de l'enfance et les acteurs de l'hébergement et du logement.

Les prises en charge spécialisées justifient des équipes formées à la clinique maternelle et dans la clinique du nourrisson. Les professionnels formés dans ce champ sont rares. Les manifestations somatiques du nourrisson justifient une forte médicalisation des équipes de périnatalité.

La question des mères précaires en sortie de maternité est préoccupante en SSD comme en témoignent les données du SIAO93 :

¹⁷ Rapport d'information par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l' « évaluation de l'action de l'Etat dans l'exercice de ses missions régaliennes en Seine-Saint-Denis », présenté par MM. FRANÇOIS CORNUT-GENTILLE ET RODRIGUE KOKOUENDO, Députés.

- 283 patientes de maternité (CHSD) relevaient du 115 du 93 en 2018 (209 patientes en 2017, soit une augmentation de 25% entre 2017 et 2018) : à ces chiffres il faut ajouter les patientes relevant des 115 des autres départements, évaluées à une centaine. Soit entre 350 et 400 patientes de maternité ayant relevé du 115, tous départements confondus, en 2018.
- 33 demandes ont abouti à des sorties sèches de maternité, dont 14 uniquement au mois d'octobre 2018. A Delafontaine, 20 décisions de sorties administratives ont été actées en 2018 malgré l'absence de solution d'hébergement par le 115 (tous départements confondus), dont 2 uniquement ont été réellement sans solution d'hébergement à la sortie de maternité (pour les 18 autres patientes, le 115 a proposé une solution d'hébergement le jour de la sortie).
- Le délai moyen de réponse du 115 est de 7 jours. A Delafontaine, la durée moyenne entre la sollicitation du 115 par le service social de la maternité, et la sortie des lits de maternité est de 26 jours (14 jours à Montreuil);
- Toutes les maternités du 93 ont le même partenariat avec le 115 du 93. Cependant, la maternité de Delafontaine est la plus concernée par la problématique d'hébergement suivie de la maternité de l'hôpital de Montreuil, avec 131 patientes ayant relevé du 115 du 93 en 2018 (soit la moitié de l'activité)
- La moitié des ménages concernés par les demandes d'hébergement sont des femmes seules ou en couple avec un enfant ;
- 82% des patientes ont des droits ouverts ou en cours pour une couverture sociale et 75 % n'ont pas de suivi social à la sortie de la maternité ;

Il apparaît nécessaire de définir une stratégie institutionnelle, au regard de la fermeture de 250 places d'hébergement supplémentaires.

Les enfants

Les enfants ont la particularité clinique d'être situés dans un environnement qui fait partie de leur prise en charge : parents, fratrie, école, établissements spécialisés, services sociaux et de protection de l'enfance. Toutes les psychopathologies de l'enfant sont prises en charge par la pédopsychiatrie, et le travail de partenariat est une part importante de leurs soins. Prise en charge familiale, soutien à la parentalité et aux fratries, soutien et formation des professionnels de l'éducation nationale, des structures accueillant les enfants souffrant de psychopathologies très variées doivent se coordonner. Il existe des manques d'équipement dans tous les domaines :

- structures de soins ambulatoires (CMP, CATTP)
- structures d'hôpitaux de jour,
- structures d'hospitalisation à temps plein pour les enfants et les adolescents
- structures médicosociales
- structures de répit
- lieu de consultation en « urgence » ou en semi urgence

Les Adolescents

L'adolescence est la période où la majorité des troubles psychiatriques émergent : schizophrénie, troubles bipolaires, troubles du comportement alimentaire. C'est également la période de la vie où le recours aux soins est le plus faible avec une très forte proportion de ruptures de soins. C'est donc une période sensible qui nécessite une grande coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) qui a souvent pris en charge les premiers troubles, et la psychiatrie générale (PG) qui est amenée à assurer le relais, parfois dès l'âge de 16 ans et les structures de prévention (maison des ados, et PAEJ par exemple) ou encore les acteurs impliqués (médecine scolaire, protection de l'enfance, PJJ, etc.).

Dans le système sanitaire, la collaboration entre PIJ et PG est souvent entravée par le manque de coordination entre les deux. Il n'existe pas de consensus sur les adolescents/jeunes adultes qui bénéficieraient d'une continuité de suivi en PIJ et quels autres ont un plus grand intérêt à passer précocement en PG. Ainsi, 50% des suivis sont marqués par une discontinuité de près de 6 mois entre la transition PIJ vers PG, et cette période est caractérisée par près de 50% de perdus de vue. Les enfants présentant des troubles du développement suivis en PIJ et qui vont développer un handicap psychique et mental, bénéficient d'une orientation vers le secteur médico-social entre l'âge de 6-8 ans et 14 ans ; très souvent, dans ce cas, le suivi en PIJ s'interrompt. Les établissements médico-sociaux sont alors amenés ultérieurement à rencontrer des difficultés pour le recours aux soins de leurs patients présentant des troubles du comportement, et se tournent vers les services de PG (en hospitalisation et aux

urgences) qui ne connaissent pas le patient ou n'ont pas notion de ses antécédents. C'est là une perte de chance pour les patients souffrant de handicap et une source d'incompréhension entre sanitaire et médico-social.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 a préconisé :

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

Cette préconisation se retrouve dans le rapport Laforcade¹⁸ (2016) et dans le PTSM (juillet 2017). Le secteur sanitaire n'est pas le seul concerné par la prise en charge des adolescents ; des structures telles que maison des adolescents (MDA) et les points accueil et écoute jeunes (PAEJ) sont des lieux de prévention, dépistage et partenariats entre les différents acteurs de l'adolescence et les familles. Les MDA sont financées par les ARS et ont fait l'objet en 2016 d'une nouvelle rédaction de leur cahier des charges, leur forme juridique est laissée à l'appréciation des partenaires. Ainsi certaines structures sont autonomes d'autres rattachées à des établissements sanitaires. Le secteur médicosocial et le secteur social disposent de structures hébergeant des adolescents, établissements spécialisés en médico-social, foyers, services d'accueil, MECS, Placements Familiaux au sein du secteur social.

Bien que le département de Seine-Saint-Denis dispose de quelques structures prenant en charge enfants et adolescents (carte 12), il subsiste toutefois des parties du territoire peu couvertes par ces dispositifs (notamment par les MDA carte 12 bis) avec une offre de soins insuffisante (places d'hôpital de jour, CMPP inégalement répartis, peu d'offre privée, manque de structures de soins séquentiels et de dispositifs alternatifs).

Structures sanitaires et adolescence

En SSD, l'offre de soin sanitaire à destination des adolescents est disparate et inégalement répartie.

- Offre d'hospitalisation complète :
 - lits non sectorisés :
 - Unité ados l'Escale à Aubervilliers (Bâtiment Clos Bénard) secteur G02 : 6 lits d'hospitalisation complète pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques aigus, à vocation départementale (fermée le week-end actuellement).
 - Unité Ado au CHI André Grégoire à Montreuil, secteur I03 : 9 lits d'hospitalisation complète pour adolescents à vocation départementale.
 - Le CAC « Les Cèdres » à Neuilly-sur-Marne, peut accueillir des adolescents de 15 ans et 3 mois, pour une durée qui peut dépasser 72 heures voire aller jusqu'à une à deux semaines à défaut de places dans des structures spécialisées.
 - lits sectorisés :
 - Lits Ados au CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, secteur I04 : 8 lits + 1 en hospitalisation complète pour des adolescents souffrant de troubles psychiatriques (dans les faits, cette unité prend des adolescents hors de son secteur).
 - Une structure particulière : l'IHSEA (Institut Hospitalier Soins Etudes pour ados), secteur I02 à Aubervilliers (bâtiment Charles Tillon) : 10 lits de soins études pour adolescents stabilisés dont les troubles psychiatriques entravent la scolarisation, à vocation régionale.
- Offre d'hospitalisation à temps partiel :
 - places non sectorisées :
 - IHSEA Hôpital de Jour : 26 places de soins études à vocation régionale.
 - UCA (Unité Clinique pour Adolescents), secteur I02 à Aubervilliers (Bâtiment Tillon) : 7 lits d'hospitalisation de nuit pour adolescents.
 - UFITAA (Unité Familiale Inter-hospitalière pour les Troubles du comportement Alimentaire de l'Adolescent) à l'Hôpital Jean Verdier à Bondy : des locaux de pédiatrie et pédopsychiatrie (consultations, accueil de jour) pour la prise en charge conjointe des troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les adolescents du département.

¹⁸ Rapport relatif à la santé mentale octobre 2016 par Michel Laforcade Directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle Aquitaine

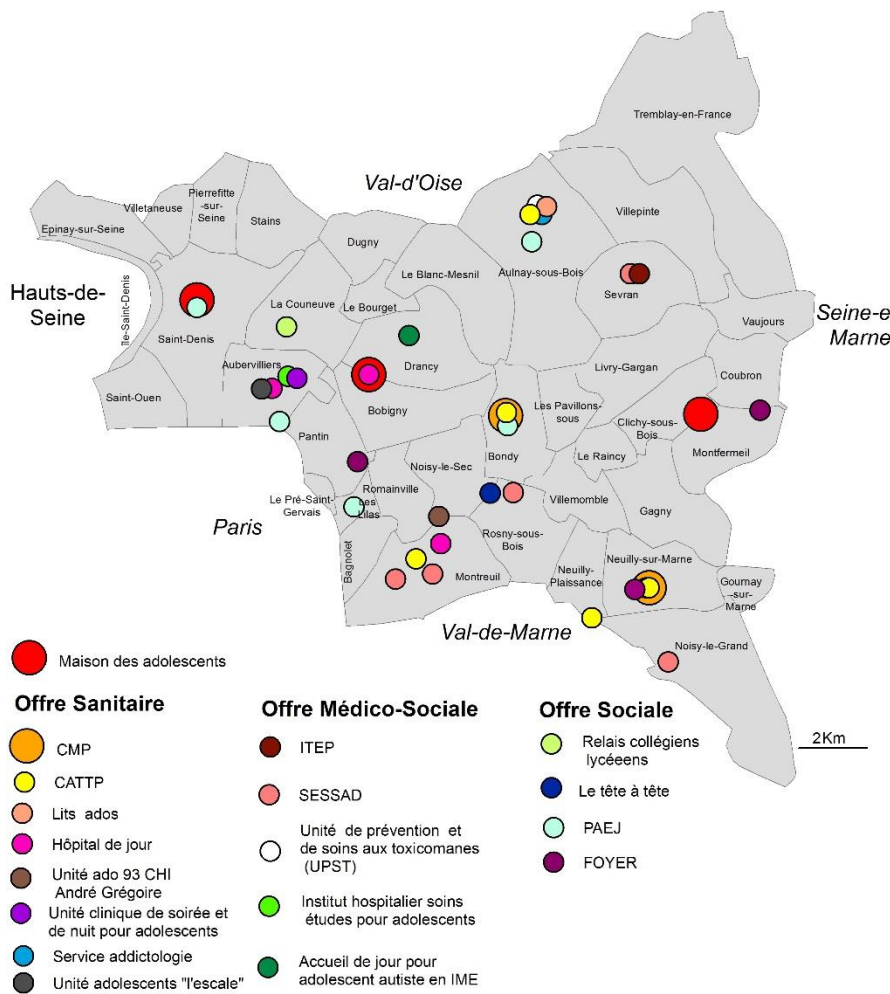
- Pour les jeunes souffrant de troubles graves du spectre de l'autisme qui débutent dans l'enfance et se poursuivent en continuum à l'adolescence (TSA) il existe :
 - L'hôpital de Jour Salneuve à Aubervilliers : 28 places d'hospitalisation de jour pour enfants et adolescents souffrant de trouble du spectre de l'autisme (TSA) associés à un déficit sensoriel, à vocation régionale.
 - L'HDJ les 3 jardins à Robert Ballanger
 - Les hirondelles à l'EPS-VE site Neuilly Sur Marne.
 - L'hôpital de jour adolescents du Clos Bénard (93G02) à Aubervilliers dispose de 3 places pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques
- Offre ambulatoire :
 - offre non sectorisée :
 - Consultations et centre de jour pour adolescents à l'Hôpital Avicenne à Bobigny
 - secteur I02 : UCA – CATTP: centre d'activités thérapeutiques pour adolescents en après-midi ou soirées
 - offre sectorisée :
 - CMP et CATTP de Bondy 93I05 : consultations et activités thérapeutiques pour adolescents, certaines activités se font en co-sectorialité avec le secteur adulte pour favoriser une transition harmonieuse des équipes de soins
 - CMP et CATTP Ados Neuilly à Neuilly-sur-Marne 93G16 : structure intersectorielle proposant des consultations et activités thérapeutiques pour adolescents domiciliés à Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, Villemomble, Gagny, Noisy-le-Grand, Rosny-sous-Bois, Le Raincy, Coubron, Clichy-sous-Bois, Montfermeil.
 - Consultations pour adolescents au sein de la Maison des Adolescents CASADO à Saint-Denis 93I01 : consultations et activités thérapeutiques pour adolescents et activité de liaison au sein du Centre Hospitalier de Saint-Denis.
 - Accueil Jeune au CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois 93I04 : consultations pour adolescents sur place et activité de liaison dans les services du CHI Robert Ballanger

La difficulté concerne les ados sortant d'hospitalisation temps plein, et/ou avec des troubles les plus sévères pour lesquels des places supplémentaires d'HDJ pourraient être nécessaires et nécessiterait une évaluation.

S'agissant des capacités d'hospitalisation des adolescents, une étude¹⁹ portant sur la base régionale de 2016, montre que le nombre de lits occupés par des jeunes entre 12 et 25 ans domiciliés en Seine -Saint-Denis est de 144 lits ; 40% sont à VE et 21% à Robert Ballanger ; **48,5 lits** sont occupés par des jeunes du 93 mais hors du 93 ; principalement entre 16 et 25 ans.

¹⁹ DIM et direction évaluation médico-économique de l'EPS-VE

Carte 12 : l'offre pour adolescents en SSD



Source: I.G.N, Psycocom, service communication EPS-VE acteurs locaux en SSD S.J.Brobby, master 2 TVS, université Paris Nanterre, 2018 BY NC ND

NB. Le relais collégien lycéen est une structure de consultation financée sur un budget sanitaire portée par la FSEF (Fondation santé des étudiants de France).

Les **Maisons des Adolescents** (MDA) sont des structures pluridisciplinaires et des lieux ressources à destination des adolescents, des familles et des professionnels.

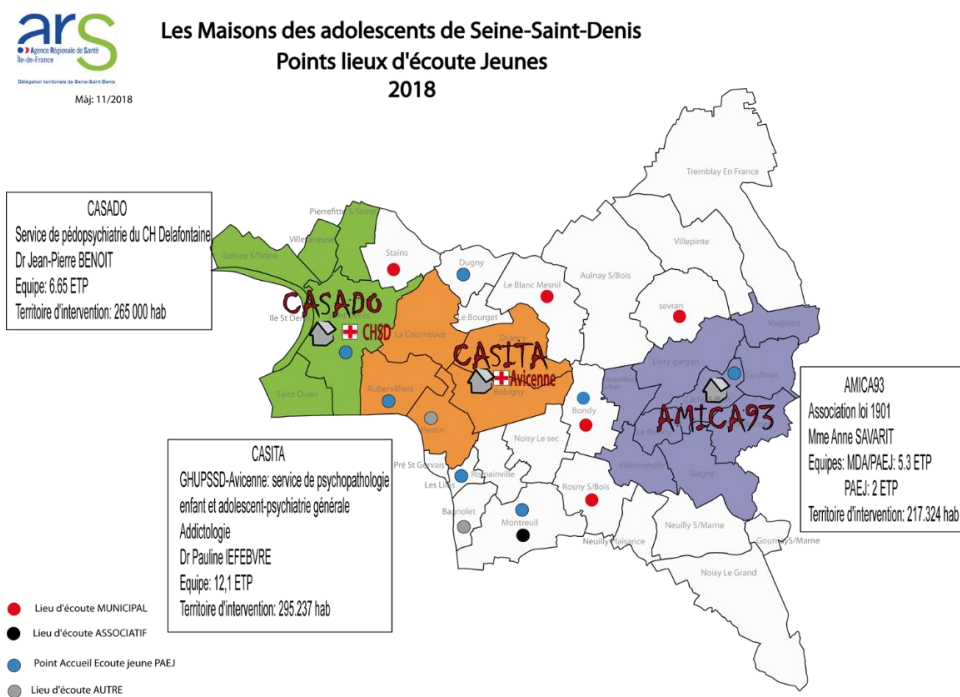
Elles ont 2 types de missions :

- Accueil, accompagnement et prise en charge :
 - accueil généraliste déstigmatisant et sans rendez-vous des adolescents et leur famille
 - évaluation des situations et orientation vers les structures les mieux adaptées
 - soins médico-psychologiques et somatiques (à la MDA ou en partenariat)
 - accompagnement socio-éducatif (à la MDA ou en partenariat)
 - prévention et promotion à la santé
- Coordination et appui aux acteurs :
 - contribution à la coordination des parcours de santé
 - soutien aux professionnels
 - sensibilisation et formation aux problématiques de l'adolescence, spécifiquement sur la santé et la santé mentale
 - animation et coordination du réseau des professionnels de l'adolescence

En Seine-Saint-Denis, il existe 3 MDA : 2 sont portées par des services hospitaliers (CASADO à Saint-Denis par le CH Delafontaine, et CASITA à Bobigny par l'Hôpital Avicenne), la troisième est portée par une association (AMICA à Clichy-sous-Bois). Cependant, l'ensemble du territoire du département n'est pas couvert par leurs

actions. Les 3 MDA du département ont des spécificités de fonctionnement et d'organisation, qui sont plutôt historiques. L'Agence Régionale de Santé souhaite revoir le modèle de fonctionnement et les missions des MDA afin qu'elles puissent répondre au cahier des charges²⁰, couvrir l'ensemble du département²¹, en renforçant le travail de réseau notamment, et le pilotage de la politique de santé à destination des adolescents sur le territoire. Elles doivent pour cela s'appuyer sur les ressources existantes (PAEJ, lieux d'écoute, etc.).

Carte 13



Les **Point Accueil Ecoute Jeune (PAEJ)** sont de petites structures de proximité avec une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations à risque, et de leur entourage adulte. La structure PAEJ n'est pas un lieu d'intervention médicale ou sociale, elle ne propose pas de thérapie, de soin médicalisé, de prises en charge prolongées. Elle est uniquement le relais entre le jeune et les structures de droit commun.

3 types d'accueil :

- accueil et écoute des jeunes : l'accueil du jeune est fait dans le respect des règles de confidentialité, du libre choix et du respect de l'anonymat, avec ou sans rendez-vous, seul ou en groupe de jeunes et/ou avec les parents
- accueil des fugueurs et hébergement des mineurs : dans des conditions d'urgence et de danger pouvant constituer des cas de force majeure, le PAEJ organise l'hébergement des jeunes
- accueil des jeunes précarisés : des prestations matérielles de première utilité (téléphone, aide au transport, petite restauration, consignes, etc.) peuvent être offertes

Huit PAEJ existent en Seine-Saint-Denis et un appel à projet pour la création de nouveaux PAEJ a été publié en janvier 2019 par la DDCS. D'autres lieux d'écoute et d'accueil pour jeunes existent dans le département et sont essentiellement portés par des municipalités ou associations.

²⁰ Publié en 2018

²¹ En 2018, la MDA Amica a réalisé un diagnostic de son activité, et de l'opportunité d'élargir la couverture de son territoire à 10 communes supplémentaires, afin de mieux couvrir l'Est du département.

Les **Consommations Jeunes Consommateurs CJC** ont pour missions l'accueil, l'information personnalisée au jeune et sa famille, l'évaluation globale des risques, la prise en charge brève, l'orientation, et des actions de prévention collective. Ils accueillent également des jeunes orientés par la justice. En SSD, on dispose de 5 CJC :

- 3 sont rattachées à un CSAPA : CSAPA Gainville à Aulnay-sous-Bois, CSAPA Le Corbillon à Saint-Denis (consultation avancée à la MDA CASADO), CSAPA Boucebci à Bobigny (consultation avancée à la MDA CASITA)
- consultation jeune à l'hôpital Jean Verdier à Bondy
- consultation rattachée à l'EPS Ville-Evrard : CMS Les Lilas, CMP Le Pré-Saint-Gervais, CMS Elsa Rustin à Bagnolet.

Les constats des acteurs interrogés²² sont :

- Des délais d'attente longs pour un premier accueil dans de nombreux CMP, non adaptés à la temporalité des adolescents ;
- Une proportion non évaluée d'adolescents qui n'accèdent pas aux soins traditionnels (consultation) et un éloignement trop fréquent des adolescents les plus malades des équipes de pédopsychiatrie, d'où des ruptures de soins et des retours en catastrophe, non préparées, le plus souvent en psychiatrie adulte.
- Trop peu de structures institutionnelles pour pathologies les plus lourdes, essentiellement à partir de 12 ans, à la fois au niveau sanitaire, mais aussi au niveau médico-social (ITEP, IME pour autistes...) ;
- Des ruptures de soins fréquentes pour les adolescents admis en structures médico-sociales ;
- Malgré un travail continu de réseau mené par chaque CMP-IJ, persistent des clivages ou des difficultés d'articulation avec l'ASE, les structures médico-sociales, la PJJ et l'éducation nationale.
- La tranche des 16-21 ans rencontre des difficultés accrues de coordination entre PIJ et PG, la PIJ alternant des positions de défaisse ou de retard au recours au passage en PG, et la PG est souvent réticente à prendre en charge, surtout en intra-hospitalier, des adolescents, du fait des difficultés de relais sanitaires et sociaux.

Les Etudiants

Tableau 7 : population étudiante en IDF (Source : Ministère de l'Enseignement Supérieur, 2016) :
Total IdF : 663 066 ; 10% en SSD

75 - PARIS	337 906
93 - Seine-Saint-Denis	55 179 (60 000 selon le site du CG93)
92 - Hauts de Seine	83 473
94 - Val de Marne	56 576
91 - Essonne	38 883
77 - Seine et Marne	26 985
95 - Val d'Oise	29 761
78 - Yvelines	34 303

En Seine Saint Denis :

- Université Nord (Paris 13) : 24 000 étudiants en inscription administrative
- Université Vincennes - Saint-Denis (Paris 8) : 21 000 étudiants
- L'installation du Campus Condorcet à Aubervilliers prévue en 2019 avec :
 - Les professionnels et étudiants de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS)
 - L'Ecole Nationale des Chartes (ENC)
 - L'Ecole Pratique des Hautes Etudes (EPHE)
 - La Fondation Maison des Sciences de l'Homme (FMSH)
 - L'Institut National d'Etudes Démographiques (INED)

²² Axe 4 du projet médical de EPS-VE 2018-2022 piloté par le Dr Evelyne Lechner : « Articulation et transitions des soins de l'enfance à l'âge adulte : Handicap psychique et mental, Adolescents »

- Une partie des professionnels et étudiants des Universités Paris 1 Panthéon Sorbonne, Paris 3 Sorbonne Nouvelle et quelques doctorants de Paris 8 et Paris 13.

Au total, sont attendus 12 000 étudiants supplémentaires, dont 4800 doctorants

Par ailleurs, le territoire accueille 8 IFSI, l'Ecole 42, le CNAM, l'école d'ingénieurs SupMéca, un pôle d'enseignement supérieur de la musique...Le campus hospitalo-universitaire Grand Paris Nord s'implantera à Saint-Ouen en 2027

Problématiques de santé des étudiants

Somatiques

Majorité des étudiants en bonne santé, mais plusieurs secteurs problématiques :

- gynécologiques : contraception, grossesse, IVG, dépistage MST, VIH
- dentaires, ophtalmo
- mise à jour des vaccinations
- addictions

Problématiques spécifiques des étudiants migrants, première et deuxième génération :

- dépistage tuberculose
- dépistage hémoglobinopathies (drépanocytose)
- vaccinations : informations et mise à jour

Psychologiques

Quelques données épidémiologiques :

- Les troubles psychiatriques sont la 1ère cause de morbidité sur la tranche d'âge 19-25 ans (OMS).
- Selon l'enquête nationale de la LMDE de 2011, 77 % des étudiants se sont sentis déprimés. 54 % des étudiants se sont sentis tendus ou agressifs, 18 % angoissés. 45% ont eu des difficultés de concentration et plus d'un étudiant sur deux déclare avoir eu des insomnies.
- Selon l'enquête de l'OVE (2013), les difficultés psychologiques restent prévalentes dans les problèmes de santé (53% ressentent stress et déprime, 39% de l'épuisement, 26% isolement et solitude, 22% des problèmes de sommeil) et condition aggravante, une diminution du recours aux soins.
- Toujours selon l'OVE en 2018, 15% des étudiants présentent les critères d'une Episode Dépressif Majeur contre 8% en population générale. 8% ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois contre 3% des 15-30 ans en population générale.

Ces difficultés sont à mettre en lien avec :

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

Problèmes de santé spécifiques des doctorants :

Les doctorants, au terme le plus abouti d'un parcours universitaire, présentent des problématiques spécifiques en lien avec la nécessité d'une autonomie radicale dans leurs travaux, et avec la précarité de leur statut et parfois de leurs conditions économiques. Enfin cette dernière étape charnière du cursus universitaire renvoie à des interrogations existentielles et professionnelles parfois préexistantes (légitimité de leur choix et de leur situation, sentiment de solitude, sentiment « d'incompétence » ou « d'imposture », questions existentielles concernant leurs

choix d'adulte). L'ancrage disciplinaire, ainsi que les modes de financement, les conditions de travail et de socialisation sont des facteurs déterminants de réalisation de leur thèse et de leur bien-être psychologique (investissement du travail personnel et confiance dans leur insertion professionnelle).

Hélas, dans les disciplines de lettres – SHS, seulement 9,1% de l'ensemble des doctorats bénéficient de financement, et 20,1% en droit économie (contre 61,3% en sciences). Ces disciplines seront majoritairement représentées sur le Campus Paris Condorcet.

Accueil des étudiants étrangers

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

- **Le choc culturel** ainsi que les problèmes socio-économiques (coût de la vie, logement, santé, etc) d'autant plus anxiogènes que, dans certains cas, bourses et visas sont assujettis aux résultats : l'échec académique constitue pour ces étudiants une double ou une triple peine.
- **Les problématiques liées à la séparation** : la migration et le déracinement volontaires constituent une formidable opportunité d'enrichissement et de « socialisation secondaire », et d'acculturation. Mais, en fonction du contexte individuel et environnemental, ils peuvent constituer un facteur important de déstabilisation : chez les plus fragiles, la rupture des liens amicaux et familiaux ainsi que l'incapacité à s'adapter à une socialisation nouvelle ou à renouer à Paris avec une socialisation communautaire, enferment l'étudiant dans une grande solitude et révèlent des lignes de vulnérabilités psychologiques. Pour d'autres, déjà antérieurement en rupture avec leur milieu d'origine (conflits familiaux ou culturels ou politiques) la poursuite des études en France, idéalisée comme résolution à l'ensemble de leurs difficultés ne répond pas à leur attente démesurée. « Passer par le dehors d'une autre pensée, d'une autre culture, quelle qu'elle soit, c'est être convié à revenir, à réinterroger ce qu'on n'interrogeait pas, dans le proche, dans le natal ». Pour certains étudiants, ce retour sur soi, sur le natal peut d'emblée poser problème et alimenter une forte réticence au retour dans le pays d'origine.
- **Les difficultés académiques** : les étudiants peuvent être confrontés également à des difficultés techniques, académiques, du fait de problèmes de langues qu'ils ont sous-estimé (pour les non francophones) ou du fait des qualités propres de leur formation universitaire d'origine. Ces difficultés universitaires vont s'ajouter aux autres facteurs de stress.

Renoncement aux soins

Selon l'OVE (2018), un tiers des étudiants déclare avoir renoncé à des soins ou examens médicaux dans les douze derniers mois pour des raisons financières. C'est particulièrement préoccupant pour l'accès aux soins en matière de psychothérapie, compte tenu des inégalités territoriales quant à la répartition des psychiatres libéraux (et conventionnés en secteur 1) et du non-remboursement des consultations avec les psychologues.

Dispositifs de santé actuellement dédiés aux étudiants dans le département de Seine Saint Denis

- Deux Services de Médecine Préventive Universitaire (MPU) :
 - un service à l'Université Paris Nord (Dr LAPERROUZAS),
 - un service à l'Université Paris Saint Denis (Dr IATCHEV), pour les actions de prévention et de dépistage. Ces services souffrent d'une difficulté à orienter leurs étudiants en aval du dépistage (problème de l'absence de services dédiés, problème culturel, problème de connexions intercommunales).
- Accueil des jeunes à la MDA jusque 21 ans mais soins psychologiques jusque 18 ans le plus souvent.

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

- Pas de dispositif de soins somatiques dédié aux étudiants.
- Pas de dispositif de soins psychologiques dédié aux étudiants : **aucun BAPU**, pas de consultation dédiée dans les secteurs de psychiatrie générale, pas de lits dédiés dans les services d'hospitalisation de psychiatrie générale (possible convention avec l'Escale, pôle 93G02, unité pour 16-22 ans).

- Des dispositifs de soins psychologiques et psychiatriques qui ne peuvent répondre à la demande sur le département : engorgement des consultations, délai d'attente important, insuffisance de consultations libérales (4 psychiatres pour 10 000 habitants/64 psychiatres pour 10 000 habitants à Paris)
- Des dispositifs de soins qui ne peuvent répondre aux spécificités des difficultés psychologiques des étudiants, spécificités qui imposent : un accueil rapide du fait de l'impact immédiat sur la vie universitaire et les performances, une prise en charge brève ou morcelée du fait de la mobilité des étudiants, une prise en charge gratuite du fait de la précarité économique des étudiants, une prise en charge compatible avec les études, des liens nécessaires avec les services dédiés de l'université (mission handicap, MPU, services du Crous).

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

En comparaison, outre les MPU de chaque université où exercent des psychiatres et psychologues, et outre les services de santé mentale dont se sont dotées de nombreuses Grandes Ecoles :

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

Personnes âgées

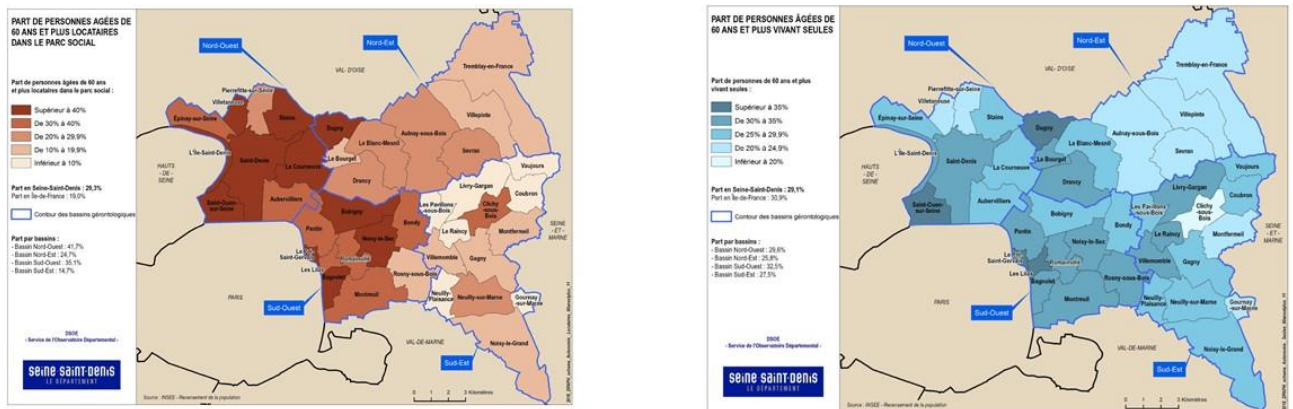
La Seine-Saint-Denis, est un des départements les plus jeunes de la région mais sa population des 75 ans et plus a, entre 2000 et 2015 augmentée de 22% soit une population de 244 870 personnes en 2015. La moyenne d'âge d'entrée en établissement est de 88 ans pour une durée de vie d'environ un an. La plupart de ces personnes âgées dépendantes sont donc maintenues à domicile, 60% à la charge d'aidants familiaux souvent épuisés, 40%, souvent isolés, à la charge d'aidants professionnels, pour la plupart en emploi direct. Or, il n'y a, dans le 93, que 4 CLIC²³ (Centres Locaux d'Information et de Coordination) chargés d'aider et d'accompagner dans le maintien à domicile, à la disposition de 7 789 personnes de plus de 60 ans, soit de 3,74% de cette population et ceux-ci sont totalement emboîlés par leur activité d'évaluation. Selon le Conseil départemental, 13 422 personnes (soit 6,25% des personnes de 60 ans et plus contre 2,9 à 3,9% dans les autres départements) bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (l'APA) allocation départementale prenant en charge des frais liés à une dépendance même modérée quels que soient les revenus de la personne, ce qui est surtout lié à une altération plus précoce des capacités d'autonomie.

Les personnes âgées n'échappent pas aux indices socio-économiques défavorables (cartes 14). Parmi les 17% de personnes y vivant en dessous du seuil de pauvreté (estimé à 757 euros par mois en 2007), figurent les bénéficiaires du Minimum Vieillesse, remplacé depuis par l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, l'ASPA (677 euros par mois pour une personne seule en 2009). Ils étaient 10 148 en 2004, soit 6,6% des personnes de 60 ans et plus en Seine-Saint-Denis, taux le plus élevé d'Île-de-France. Et l'on évoque de plus en plus, la paupérisation des personnes âgées qui sont soumises aux franchises médicales, ne peuvent avec l'ASPA accéder à la CMU, et surtout, au terme de parcours professionnels discontinus émaillés de périodes de chômage, ne perçoivent que des retraites très faibles. 15% des bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat sont domiciliés dans le 93

²³ La part de financement par le Conseil départemental est amenée à disparaître d'ici fin 2019.

où l'on retrouve aussi le plus fort taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire (12,2% contre 6,3% sur l'ensemble de la France).

Cartes 14 : indicateurs socioéconomiques des personnes âgées



Les personnes âgées suivies en psychiatrie présentent une altération plus précoce des capacités d'autonomie. Les troubles liés au vieillissement cérébral aggravent en général les pathologies psychiatriques préexistantes ou entraînent secondairement des perturbations psychologiques et l'on observe effectivement une hausse de la représentation des personnes âgées parmi les patients hospitalisés en psychiatrie.

Quelques définitions :

UCC : Unité Cognitive Comportementale : unité de 10 à 12 lits identifiée au sein d'un SSR spécialisée pour des patients présentant des troubles du comportement productifs dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée. Permet des soins sous forme d'un programme d'activités structure et adapté dans le but d'une réduction des troubles du comportement.

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée : unité implantée au sein d'un EHPAD pour accueillir des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée ayant des troubles du comportement sévères.

Service de géro-psi-chiatrie : unité d'hospitalisation permettant l'expertise conjointe psychiatrique et gériatrique pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques (pathologie psychiatrique vieillie, pathologie psychiatrique survenant à un âge tardif et troubles du comportement lié aux maladies neurodégénératives et apparentées).

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés : espaces aménagés au sein des EHPAD destinés à accueillir durant la journée des résidents de l'EHPAD atteints de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et ayant des troubles du comportement modérés.

L'offre de soins (chiffres MAIA 93²⁴):

- 1793 places de SSIAD PA (1998 avec PH) en avril 2018 (source DT ARS), hors SSIAD de nuit (85 places). Si l'on considère la population des 75 ans et plus à 84 783 personnes en 2015 (source INSEE), cela revient à 21 pour 1000 personnes.
- Pour les accueils de jour, on compte 143 places en EHPAD et 44 en structure autonome, soit 2,2 pour 1000 personnes de 75 ans et plus, en avril 2018 (source DT ARS).
- Pour les EHPAD, 5870 places (pour 66 établissements), soit un ratio de 69 places pour 1000 personnes de 75 ans et plus, en avril 2018 (source DT ARS).

²⁴ MAIA dispositif national mis en place par la CNSA pour organiser les soins des personnes âgées de plus de 60 ans sur un territoire. LA SSD est divisée en trois territoires MAIA : Nord, Sud-Est et Sud-Ouest

- Pour les SSR PA, 865 places, soit 10 pour 1000.
- Pour les USLD, 471 places dans 5 établissements

Les débats entre psychiatres et gériatres autour de la question de qui s'occupe de quoi ? :

Le point de vue des psychiatres. Si les secteurs de psychiatrie poursuivent la prise en charge de leurs patients vieillissants, notamment psychotiques, ils ont beaucoup plus de difficultés à traiter des personnes leur adressant une première demande à un âge avancé, le plus souvent pour des pathologies intriquées, non exclusivement psychiatriques (exemple les démences). La réticence est majeure en cas d'hospitalisation, lorsque cela s'avère inévitable du fait de troubles du comportement importants ou de l'inconscience du patient vis-à-vis de sa pathologie imposant le recours à une hospitalisation sous contrainte. D'une part, la promiscuité avec les malades psychiatriques plus jeunes peut, dans ce cas, entraîner des problèmes de sécurité. D'autre part, malgré la collaboration avec les soins somatiques, les conditions ne sont pas optimales pour une prise en charge somatique conjointe satisfaisante et l'on assiste parfois à des évolutions vers un syndrome de glissement qui ne fait qu'aggraver la situation. Enfin, il n'est pas rare que les envoyeurs, famille ou maison de retraite, finissent par se défaire, laissant les services de psychiatrie dans l'impasse, les autres institutions étant, elles aussi, très peu disposées à accueillir un vieillard étiqueté « psychiatrique ». Et c'est le même défaut d'articulation entre professionnels qui incite les équipes de secteur psychiatrique à éviter à tout prix de « psychiatriser » les phénomènes de sénescence en ambulatoire.

Le point de vue des EPHAD sur la prise en charge psychiatrique donne un autre éclairage. « Le réseau Océane intervient dans les 22 EHPAD de son territoire gérontologique (Est Ensemble et Rosny Sous-Bois) et est un réseau de soins palliatifs qui intervient depuis 17 ans au domicile et dans les établissements médico-sociaux, en situation complexe. Océane est membre permanent des RESAD de Montreuil et Bondy. L'équipe de coordination est composée d'infirmiers, psychologues et médecins. Son pôle gérontologique, est ouvert depuis 2014 et l'équipe se compose d'une assistante sociale, d'une psychologue et d'un infirmier. L'équipe du pôle gérontologique rencontre au quotidien des personnes âgées en grande vulnérabilité présentant des troubles du comportement, à domicile et en institution et coopère avec l'ensemble des professionnels autour de situations complexes. La psychologue anime des espaces de parole, l'AS et l'Ida un groupe d'analyse de pratiques. Des réunions pluri disciplinaires autour de situations complexes sont organisées par l'équipe de coordination du réseau au sein des CLIC, coordinations gérontologiques, RESAD, EHPAD, MAS...Océane a fait une enquête sur la prévalence des troubles psychiatriques en EPHAD. Le constat est le suivant : 30 % des résidents présentent des troubles du comportement ; 30% seulement des EHPAD ont une convention avec l'hôpital Ville Evrard et 40% font appel ponctuellement à l'intervention d'un psychiatre libéral. L'expérience d'Océane amène à constater l'extrême difficulté à obtenir pour ces personnes âgées un diagnostic et un suivi psychiatrique adaptés à leurs besoins et à leur impossibilité à se déplacer. Majoritairement, les EHPAD sont demandeurs de l'intervention d'une équipe mobile de géronto-psychiatre ; actuellement, 2 EHPAD seulement ont cette possibilité.

D'après les rencontres MAIA 2016-2017, il existe une forte hétérogénéité entre les CMP, chaque secteur présentant une pratique différente selon les compétences disponibles, ses appétences. Par ailleurs, en CMP, face à une personne âgée, peut se poser la question de son orientation éventuelle en géronto-psychiatrie, du simple fait de son âge. Il est réaffirmé l'importance de l'évaluation, afin d'identifier les troubles démentiels et de pouvoir proposer des réponses en termes de traitement, de projet de vie ou de pronostic et d'orientation vers un éventuel établissement.

On retiendra des différents échanges sur la question de la santé mentale des personnes âgées au cours des journées organisées par la MAIA depuis 2015 sur personnes âgées et santé mentale :

- Le lien entre somatique et psychique est nécessaire dans la poursuite des traitements car il est parfois difficile dans la pratique de distinguer un trouble lié à une démence d'une pathologie psychiatrique.
- Le recours aux urgences doit être évité car les orientations sont souvent fausses.
- Il n'est pas toujours aisé pour une personne qui n'est pas médecin d'interpeller le secteur psychiatrique
- La psychiatrie doit se faire aider de la gériatrie, comme la gériatrie a besoin des compétences de la psychiatrie.
- Un regard d'infirmier en psychiatrie est un soutien des équipes médico-sociales qui se trouvent souvent démunies dans ces situations.
- Il existe des ressources sur le territoire, qu'il est important de connaître et de faire connaître.

- Pour les acteurs de la psychiatrie, poser des limites pour ne pas se transformer en équipe d'intervention d'urgence.
- Trouver une place pour le malade psychotique âgé est très difficile
- Les EHPAD ne veulent pas toujours des personnes relevant de la psychiatrie
- La formation du personnel en EPHAD est nécessaire, tous les troubles du comportement ne relèvent pas de la psychiatrie

L'organisation en cours de la psychiatrie pour la prise en charge des personnes âgées est la suivante :

- pour les 15 secteurs adultes de Ville Evrard : des référents personnes âgées dans chaque pôle qui répondent aux sollicitations des établissements pour personnes âgées, ou de la population et des équipes mobiles (GO6 et G14)
- pour le CHI Robert Ballanger : des référents PA pour les 3 secteurs et une Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé (EMPSA) est en cours de constitution pour assurer un recours aux établissements pour personnes âgées des secteurs et à la population de personnes âgées.

Cartes 15 : filières gériatriques en SSD et lieux adaptés aux troubles du comportement (MAIA)





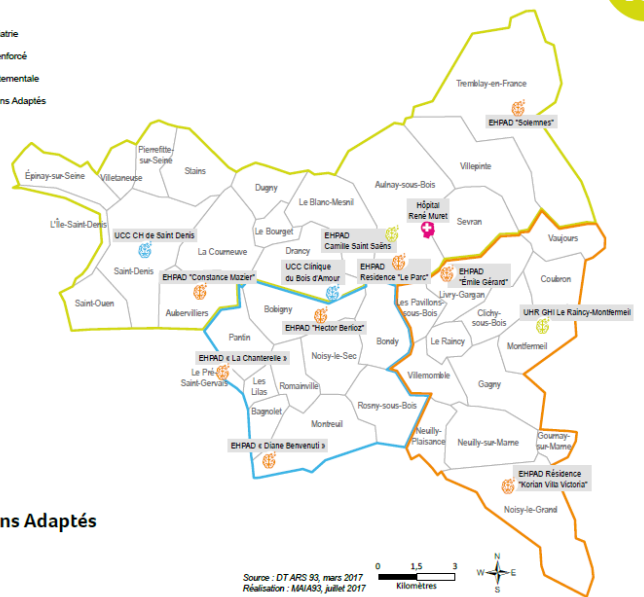
- UGP - Unité de Géro-psi-chi-at-rie
- UHR - Unité d'Hébergement Renforcé
- UCC - Unité Cognitive-Comportementale
- PASA - Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

2 Unités Cognitive-Comportementales (UCC)

1 Unité de Géro-psi-chi-at-rie

1 Unité d'Hébergement Renforcé (UHR)

8 Pôles d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) en EHPAD



Source : DT ARS 93, mars 2017
Réalisation : MAIA93, juillet 2017

Populations vulnérables

L'OMS rappelle dans son plan d'actions pour la santé mentale 2013 – 2020 que le contexte de vie a un impact sur la santé mentale des personnes. Les facteurs étant multiples et leurs interactions complexes, il est difficile d'en isoler un et de mesurer son impact ou de prédire son effet sur la santé mentale d'une personne ou une population, mais la précarité des personnes est un déterminant reconnu. Les différentes « échelles de précarité » existantes ne sont pas automatiques et généralisables²⁵. De plus, quelle précarité cherche-t-on à identifier et à mesurer avec ces échelles ? Les termes dans ce domaine sont polysémiques. Sans prétendre les définir une fois pour toutes, il importe de souligner la complexité et la diversité des situations qu'ils cherchent à nommer. Par exemple, sous le terme d'exclus ou de précaires on retrouve des populations aussi disparates sur le plan économique et social que des chômeurs de longue durée, des mal-logés, des jeunes intérimaires, des sans domicile fixe, des migrants en situation irrégulière, etc. Qu'ont-ils en commun notamment sur le plan de l'impact de leur contexte de vie sur leur santé mentale ? Et ne sont-ce pas là des caractéristiques rencontrées habituellement par un grand nombre de personnes suivies en psychiatrie ? Les réponses ne sont pas univoques.

Ce qui caractérise le champ dit de la psychiatrie-précarité, ce sont principalement quatre critères :

- La complexité des situations cumulant des problèmes liés à la santé mentale et somatique, à l'emploi, au logement, aux ressources, au statut administratif, à l'isolement social,
- La mise à l'épreuve des savoirs : chacun se sentant dépassé par la situation, non compétent, renvoie la prise en charge à l'autre : classiquement la psychiatrie peut considérer qu'il s'agit d'un problème social et le social que c'est d'abord psychiatrique. D'où la nécessité d'une articulation importante des différents partenaires compétents sur chacun de ces domaines.
- La fréquente absence de demande, voire le refus de soins : ce sont les professionnels de première ligne qui repèrent les besoins et qui portent cette demande, ce qui n'est pas forcément « recevable » par les services psychiatriques. D'où un retard de soins fréquent.
- La sectorisation et la justification de domicile : d'une part, il arrive souvent que la personne ne puisse pas fournir une adresse acceptée par le CMP ; d'autre part, les changements d'adresse rendent le suivi difficile, ne fut-ce que pour se repérer dans les transports.

Personnes placées sous-main de justice

Les personnes placées sous-main de justice forment une population aux besoins spécifiques en termes de santé mentale. De plus, il s'agit d'une population qui, du fait de sa condition vis à vis de la justice, est dans une situation

²⁵ Voir par exemple Pascal J et al. Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? *Sciences Sociales et Santé* 2006, 24/ 3 : 33-58. Voir aussi Sass C et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examens de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. *Santé publique* 2006, 18/4 : 513-522.

d'accès aux soins possiblement restreint ou nécessitant des aménagements particuliers afin de garantir des soins psychiques. La stratégie de santé des personnes placées sous-main de justice est définie dans un guide méthodologique, élaboré par le Ministère de la justice et le Ministère des solidarités et de la santé, remis à jour annuellement. En Seine-Saint-Denis, au 1 janvier 2018, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation de Seine-Saint-Denis suivait 4326 personnes en milieu ouvert et 1555 personnes en milieu fermé (détention).

Personnes incarcérées.

L'organisation des soins des personnes incarcérées repose sur deux dispositifs, l'un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux

- **Le niveau 1** regroupe des soins ambulatoires au sein de l'Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP) : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTTP). Les soins de niveau 1 sont réalisés au sein de l'USMP
- **le niveau 2** regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l'établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l'hospitalisation de jour en psychiatrie
- **le niveau 3** regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des établissements de santé (chambres sécurisées au sein des établissements de santé, UHSI et établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), UHSA, unités pour malades difficiles (UMD))

Le dispositif de soins psychiatriques assure les actions d'éducation à la santé et de prévention, mais aussi l'ensemble des activités de consultations, d'entretiens, et d'activités thérapeutiques de groupe. Cette offre de soins nécessite que soient affectés des locaux dédiés, mais également un renforcement des équipes de soins. Cette prise en charge est accessible à toute personne incarcérée (majeure ou mineure). Les professionnels de psychiatrie infanto-juvénile interviennent dans les établissements pénitentiaires qui accueillent des mineurs.

En Seine-Saint-Denis, il existe un établissement pénitentiaire : **la maison d'arrêt de Villepinte**. Il s'agit d'un établissement pour courtes peines. Il comprend un quartier mineur. Sa capacité théorique est de 587 places, pour 546 cellules — 43 cellules étant des cellules doubles — dont 40 places réservées aux mineurs et 24 pour le quartier arrivants. A cette capacité opérationnelle, il convient d'ajouter 10 places en quartier disciplinaire et 7 places en quartier d'isolement. Le taux d'occupation carcéral moyen est de 176% (avec des pics jusqu'à 201%). A la maison d'arrêt de Villepinte, il y a une Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire (USMP) qui dépend du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger (CHIRB). Pour les soins psychiatriques, une équipe soignante composée de psychiatres, psychologues, infirmiers, assurent les soins de niveau 1. Le nombre de consultations psychiatriques des 6 premiers mois de l'année 2018 est de 774, le nombre de consultations de psychologues est de 1301 les 6 premiers mois. Au CHIRB, une unité de consultation post-carcérale a ouvert en 2018 et propose aux patients pris en charge à l'USMP une continuité des soins à la sortie de l'incarcération, en vue d'un suivi de transition ou d'une réorientation.

Les soins psychiatriques de niveau 2 ne sont pas assurés dans le département. Ils nécessitent un transfert du détenu dans un autre établissement pénitentiaire de la région (Fresnes ou Fleury-Mérogis).

En absence de disponibilité de l'UHSA ou en cas d'urgence, les soins psychiatriques de niveau 3 peuvent être réalisés en hospitalisation à la demande du Représentant de l'Etat, dans le département à l'EPS Ville Evrard ou au CHIRB. Ces hospitalisations peuvent entraîner des conséquences organisationnelles difficiles dans les établissements. Durant le premier semestre 2018, les données sont : 5 hospitalisations à l'UHSA, et 10 hospitalisations en SDRE D398 dans les établissements du département.

Le programme de développement de l'Administration Pénitentiaire prévoit l'implantation de nouveaux établissements pénitentiaires à Tremblay-en-France (perspective 2025?) et à Noisy-le-Grand. Ces nouveaux établissements devront nécessiter une réorganisation des USMP.

Soins psychiques pénalement ordonnés.

Les soins pénalement ordonnés comprennent des soins de santé mentale obligés par la justice. Trois dispositifs de soins existent :

- L'injonction thérapeutique (loi du 31 décembre 1970) permet au Procureur de la République de ne pas poursuivre un consommateur de stupéfiants s'il accepte de se faire soigner. L'organisation des soins est réalisée par les ARS. Un dispositif particulier en SSD, L'Ouvrage, Initié en 2015, ce programme inspiré de l'expérience nord-américaine des *Drugs Courts*, supervisé et financé par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) coordonné par le SPIP 93 en étroite partenariat avec AUREORE a initialement été conçu pour les personnes placées sous-main de justice dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une contrainte pénale qui inclue une obligation de soins. L'évaluation du dispositif et son élargissement sont en cours.
- L'obligation de soins (ordonnance du 23 décembre 1958) : il s'agit d'une obligation de « *se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation* », prononcée dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'une condamnation, quelque soient les faits. L'orientation des obligations de soins est libre, et la plupart du temps ces soins sont assurés par les Centre Médico Psychologiques des secteurs de référence des patients. Ces mesures sont nombreuses, mais leur impact sur le système de soins du département est difficilement chiffrable.
- L'injonction de soins (loi du 17 juin 1998) : une obligation de soins qui s'inscrit préférentiellement dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, sur proposition d'une expertise psychiatrique, après une peine d'incarcération, pour des faits de violences sexuelles, ou de crimes particulièrement graves. Un médecin coordonnateur de l'injonction de soins est désigné par le Juge de l'Application des Peines et coordonne les soins, oriente le condamné, fourni des rapports au juge comprenant des « *éléments nécessaires au suivi de la mesure* ».

En Seine-Saint-Denis, il n'y a que 3 médecins inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs. L'orientation se fait le plus souvent vers les CMP ou vers des consultations spécialisées comme la Consultation de Prévention et de Traitement de la Violence de l'Unité de Psychiatrie et de Psychologie Légale (UPPL) de l'EPS Ville-Evrard.

Le Centre Ressources pour Intervenants auprès d'Auteurs de Violence Sexuelle (CRIA VS) de l'EPS Ville-Evrard est un centre d'information, de soutien, et de formation pour les intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle de Seine-Saint-Denis, mais également du Val d'Oise et de Seine-et-Marne. Il est un outil de construction d'un réseau de professionnels.

L'organisation territoriale en santé mentale

La prise en charge de la santé mentale est déjà territorialisée : le secteur

La sectorisation est instaurée par la Circulaire du 15 mai 1960. Elle est relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. L'objectif de ce dispositif est de rapprocher les malades proches de leur lieu de vie et de leur famille. Chaque personne sur un territoire donné est rattachée à un secteur en fonction de son adresse postale. Mais le patient reste libre de son choix.

Secteurs de psychiatrie générale et de PIJ

En 2013, la France compte 815 secteurs en psychiatrie générale (population âgée de 16 ans et plus) et 321 secteurs infanto-juvéniles (population âgée de moins de 16 ans) (Coldefy al, IRDES, 2003). Un secteur en psychiatrie, selon la DREES, est composé en moyenne de 77 lits d'hospitalisation à temps plein et 35 places d'alternatives à l'hospitalisation pour 100 000 habitants, soit 112 lits et places au total. Ce nombre varie de 35 à 225 en France.

Il existe deux types de secteurs : en psychiatrie générale (PG, adultes) et en psychiatrie infanto-juvénile (enfants-adolescents). La limite d'âge (17 ans et plus) est très discutable selon les professionnels de santé qui soutiennent que la population entre 17 et 25 ans est une tranche à part communément appelée adolescents dont l'offre n'est pas sectorisée. Au sein d'un secteur infanto-juvénile on distingue le plus souvent quatre tranches, 0 à 6 ans, 6 à 11 ans, 13 à 15 ans et 16 à 21 ans. Cette répartition n'est toutefois pas uniforme au niveau national, régional et départemental. Face à la pénurie des structures d'accueil des adultes, certains patients de plus de 21 ans restent longtemps dans des structures qui relèvent du secteur infanto-juvénile.

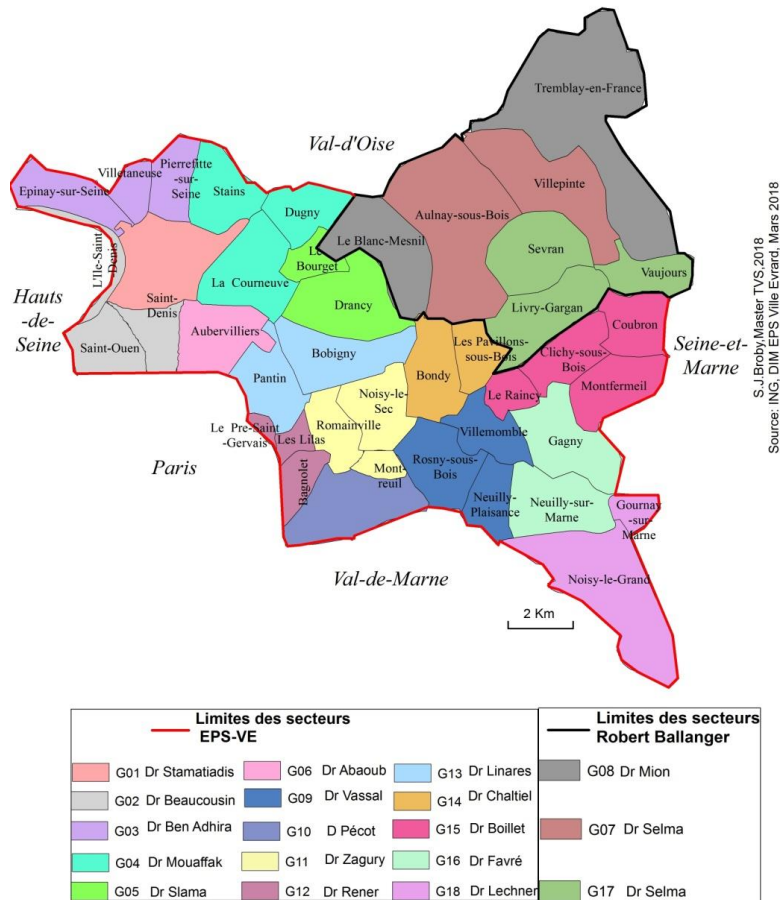
On considère qu'un secteur de PG couvre un bassin de population de 70 000 habitants et un secteur de PIJ un bassin de 150 000 habitants.

En 2014, la France compte 868 secteurs de PG dont 145 en Ile-de-France, 18 pour le département de Seine-Saint-Denis dont 15 pour l'EPS de ville-Evrard et 3 pour Robert Ballanger (tableau 8). Pour la PIJ, sur les 52 inter-secteurs franciliens, 5 sont en SSD. Un secteur couvre une ou plusieurs communes. Un secteur peut aussi se partager une commune. C'est le cas en psychiatrie générale en SSD : la ville de Saint Denis est découpée en deux secteurs (GO1 et GO2), la ville de Montreuil également (G10 et G11) (carte 16).

Tableau 8 : Répartition du nombre de secteurs et la population moyenne par secteur en 2014

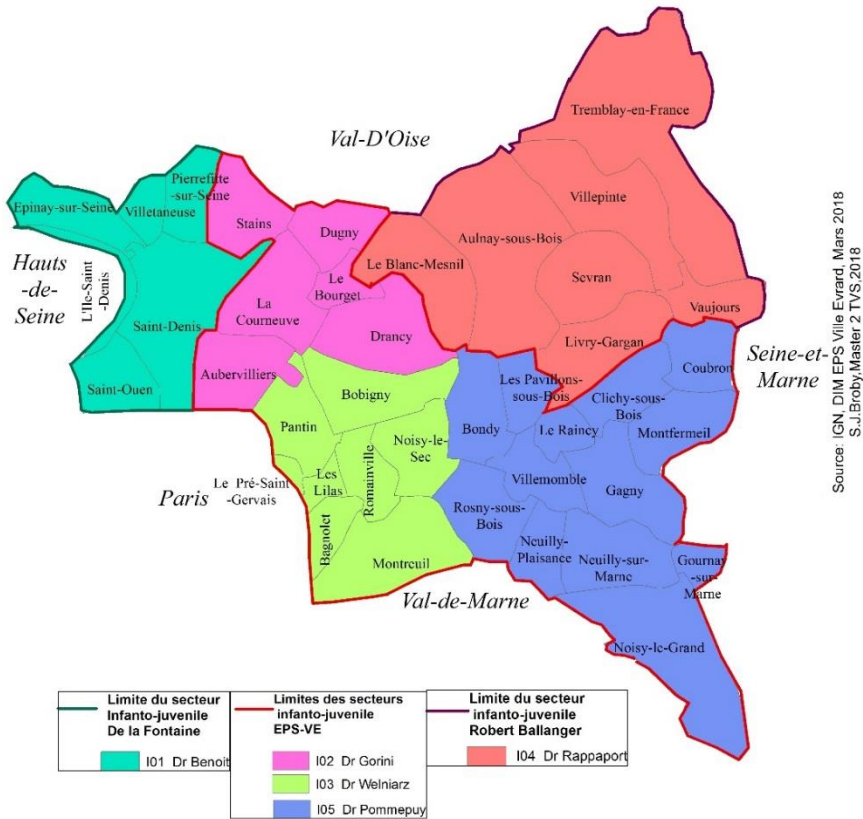
	France	Ile-de-France	Seine-Saint-Denis	EPS de Ville-Evrard	Robert Ballanger	Delafontaine
Psychiatrie Générale (20 ans et plus)						
Nombre de secteurs	868	145	18	15	3	0
Population moyenne / secteur	55 000	60 319	60 363	58 168	75 273	0
Psychiatrie Infanto-juvénile (0 à 19 ans)						
Nombre de secteurs	383	52	5	3	1	1
Population moyenne / secteur	41 000	58 668	88 173	90 441	78 947	67 422

Carte 16 : Découpage sectoriel de la psychiatrie générale en Seine-Saint-Denis en 2018



La psychiatrie infanto-juvénile en SSD est constituée de 5 inter secteurs. L'établissement public de santé Ville-Evrard compte 3 inter-secteurs composés de vingt-sept communes à l'ouest, au centre et au sud du département. L'hôpital Delafontaine (Saint-Denis) est l'hôpital de rattachement d'une partie des communes de l'ouest qui sont limitrophes avec le département des Hauts-de-Seine et le Val-d'Oise. L'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay est l'établissement de référence des communes situées au nord (carte 17) :

Carte 17 : Découpage sectoriel de psychiatrie infanto-juvénile en Seine-Saint-Denis en 2018



Source : IGN, DIM EPS Ville Evrard, Mars 2018
S.J.Brobby-Maister 2 TVS, 2018

IDH2 des secteurs de psychiatrie en SSD

Si les négociations des premiers contrats (CLS) signés par l'ARS en 2011 ne reposaient pas sur un ciblage particulier des territoires, il a été décidé rapidement de définir une géographie prioritaire afin de concentrer les efforts et moyens sur les territoires présentant les besoins les plus importants. Pour ce faire l'agence s'est appuyée sur deux critères : **l'Indice de Développement Humain 2 (IDH2) < 0,52 (moyenne nationale)** et/ou la présence de quartiers prioritaires Politique de la Ville. Ce critère est repris dans le COS 2018-2026.

Figure 6 : IDH2 des secteurs de psychiatrie générale

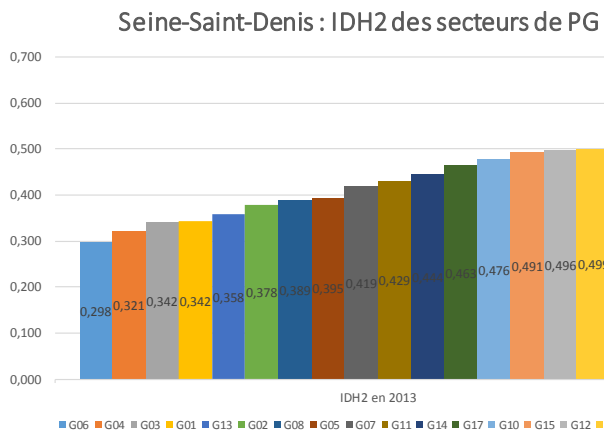
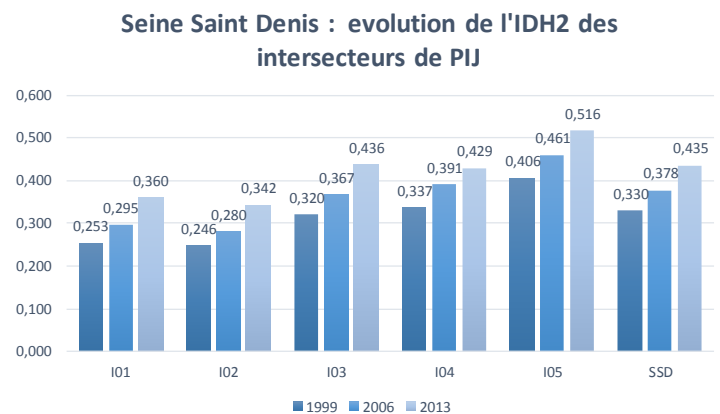


Figure 7 : IDH2 des inter-secteurs de PIJ



L'offre de soins en psychiatrie

En psychiatrie, l'offre de soins est répartie en trois catégories qui sont celles du parcours d'un patient chronique : l'offre sanitaire sectorisée (établissements publics) ou non sectorisée (établissements universitaires ou privés), l'offre médico-sociale et l'offre sociale. Le recensement de cette offre est difficile car les bases de données ne sont pas regroupées. Enfin l'addictologie revendique d'être offreur à la fois somatique et psychiatrique.

Offre sanitaire : les structures

En Seine-Saint-Denis, il existe trois établissements publics **sectorisés**, Ville-Evrard, Robert Ballanger et Delafontaine. L'hôpital universitaire (AP-HP) HUPSSD qui regroupe Avicenne à Bobigny, Jean Verdier à Bondy et René Muret à Sevran n'est pas sectorisé. L'offre composée de deux cliniques psychiatriques : clinique d'Epina y et clinique de l'alliance à Villepinte, n'est pas sectorisée non plus.

L'offre privée à but lucratif comporte deux cliniques psychiatriques de psychiatrie adulte non sectorisées :

- la Maison de santé d'Epina y à Epina y-sur-Seine, elle est habilitée aux soins sans consentement, et reçoit 30% de patients originaires de SSD, 30% de Paris, et 30% du 95 et du 92,
- la clinique de l'Alliance à Villepinte, elle est habilitée aux soins sans consentement, et possède une unité de coopération de secteur en collaboration avec le CHI Robert Ballanger,

L'offre privée à but non lucratif comporte 3 hôpitaux de jours non sectorisés :

- l'hôpital de jour Salneuve à Aubervilliers (pour enfants souffrant de trouble du spectre autistique associé à une déficience sensorielle),
- l'hôpital de jour Jean Macé à Montreuil (pour enfants souffrant de trouble du spectre autistique),
- l'hôpital de jour Bipol Falret à Saint-Ouen (pour adultes souffrant de troubles de l'humeur, articulants sur 3 mois programme de psychoéducation et programme d'accompagnement à la réinsertion socioprofessionnelle, antenne d'employabilité.)»

Tableau 9 : Caractéristiques principales des établissements sanitaires, hospitaliers, privés et publics en Seine-Saint-Denis (ATIH 2016)

Raison Sociale	Statut Juridique	Financement	Part de la psychiatrie dans patientèle	File active	Part des patients enfants
HDJ DE SALNEUVE	ESPIC ou autre EBNL	DAF	majoritaire	<1000	>=80%
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'ALLIANCE	Privé	OQN	majoritaire	<1000	<20%
CH DE ST DENIS	CH	DAF	non majoritaire	[1000-4000[[20%-80%[
CH ROBERT BALLANGER	CH	DAF	non majoritaire	>=4000	[20%-80%[
EPS VILLE-EVRARD	CH	DAF	majoritaire	>=4000	[20%-80%[
MAISON DE SANTÉ D'EPINAY	Privé	OQN	majoritaire	[1000-4000[<20%
CENTRE JEAN MACE	ESPIC ou autre EBNL	DAF	majoritaire	<1000	>=80%
AVICENNE	CHU		non majoritaire	[1000-4000[

On distingue dans l'offre sanitaire trois types de prises en charge : l'hospitalisation temps plein (UHTP) ou temps partiel, l'ambulatoire (CMP, CATTP et autres) et l'urgence.

Offre sanitaire d'urgence-liaison et centres d'accueil de crise pour les adultes

Les structures qui accueillent des urgences psychiatriques sont soit les urgences générales d'un hôpital avec présence d'un psychiatre de garde soit des structures spécifiques, les CAC ou centre d'accueil et de crise dédiés uniquement aux patients psychiatriques. En SSD, l'hôpital Delafontaine à Saint-Denis, l'hôpital intercommunal André Grégoire à Montreuil, l'hôpital intercommunal Le Raincy-Montfermeil, l'hôpital Jean Verdier à Bondy reçoit des urgences psychiatriques gérées par EPS-VE. L'hôpital Robert Ballanger reçoit également des urgences psychiatriques ainsi qu'Avicenne (tableau 9).

Par ailleurs, l'EPS-VE dispose de trois centres d'accueil et de crise (CAC), avec des lits au centre Sémion Gluzman à Saint-Denis, au centre Henri Duchêne à Aubervilliers et sur le site de Neuilly-sur-Marne ; on compte également un centre d'accueil et de crise implanté dans la clinique du Bois de Bondy qui fonctionne en équipe mobile ; un centre d'accueil et d'urgences psychiatriques au centre hospitalier André Grégoire (CAUP) à Montreuil ouvert du

lundi au vendredi de 9h à 17 et qui s'articule avec les urgences de Montreuil et des lits de courte durée implantés au sein du site d'accueil des urgences de Robert Ballanger.

En plus de ces services d'urgence, il est possible de faire appel au SAMU et à la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) en cas de catastrophes (les attentats de 2015 par exemple). La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique CUMP a pour mission d'intervenir en cas d'événements de grande ampleur et les situations sanitaires exceptionnelles (catastrophe, attentat, etc.), avec un nombre de personnes impliquées conséquent. Elle est intégrée aux équipes d'aide médicale urgente et doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate optimale. Elle permet l'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers volontaires préalablement formés. La CUMP est déclenchée par le SAMU.

Au total il y a chaque nuit 11 médecins de garde en SSD, seniors et juniors (tableau 9). Cette situation n'est pas satisfaisante au vu du nombre d'urgences reçues notamment après minuit (enquête en cours) et au vu de la démographie déclinante des médecins psychiatres. Le projet de regrouper le CAC de St-Denis aux urgences de Delafontaine permettra de diminuer le nombre de sites de garde et de fusionner deux lignes de garde. Au-delà de cette restructuration qui devrait voir le jour d'ici 2020, la prise en charge des urgences psychiatriques nécessite en amont un développement de la prise en charge de la crise au sein des CMP afin d'éviter un séjour aux urgences qui peut compromettre l'alliance thérapeutique avec le patient et traumatise la famille et en aval un accueil aux urgences adapté à ce type de patients avec notamment des locaux isolés et des infirmiers « spécialisés ». Le PTSM a inscrit dans ses six priorités « la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ».

Tableau 10: lignes de garde en psychiatrie en SSD

Site	ETS d'appartenance	responsable	secteurs concernés	population desservie	Nb de lits par structure	locaux dédiés	modalité de PDS	activité 2016
SAU Saint Denis	EPS-VE	F Mouaffak	non sectorisé	195 434	0	non	1 garde senior	2000 passages
CAC Saint Denis	EPS-VE	L Stamatiadis	secteurs 1,2, 3, 4	195 434	8 lits (pas d'admission la nuit)	oui	1 garde d'interne	2298 jours/188 FA
UHTP Saint Denis (RR)	EPS-VE	Mouaffak, Stamatiadis, Benadira	1,3,4	195 434	58	oui	1 garde d'interne	362 journées/lit
UHTP Aubervilliers (clos B)	EPS-VE	MC Beaucousin	secteurs 2,6	117 088	41	oui	1 garde senior	325 journées /lit
CAC Aubervilliers (Tillion)	EPS-VE	A Abaoud	2,6	117 088	4 lits			1298 jours/140 FA
UHTP Bondy	EPS-VE	Chaltiel	secteurs 11,14	120 397	40	oui	1 garde senior	345 journées /lit
SAU CH Montreuil	EPS-VE	F Pécot	non sectorisé		0	non	1 garde senior	1800 passages
SAU CH Montfermeil	EPS-VE	Didier Boillet	non sectorisé		0	non	1 garde senior	1500 passages
CAC Neuilly Sur Marne	EPS-VE	L Vassal		503 693	7		1 garde senior	2233 jours/157 FA
UHTP Neuilly sur Marne	EPS-VE		9,10,12,13,5,15,16, 18		215	oui	1 garde interne	319 journées /lit
UHTP Aulnay	Robert Ballanger	T Selma, Mion	secteurs A B et C		65	oui		
SAU Aulnay	Robert Ballanger	T Selma	secteurs A B et C		0	1 bureau dédié	1 senior	1700 passages
CAC Aulnay	Robert Ballanger	T Selma	secteurs A B et C		6 lits 24/24	au dessous des urgences	0	
Sau Avicenne	Avicenne	S Mehallel	non sectorisé			non	1 senior	2500 passages
CAC								
SAU								
UHTP								

Prise en charge des urgences pédopsychiatriques par inter secteur de pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie en Seine Saint Denis comprend cinq secteurs : trois à VE (IO2, IO3 et IO5), un secteur à Robert Ballanger (IO4), un secteur à Delafontaine (IO1) et un service de pédopsychiatrie non sectorisé (HUPSSD- site Avicenne). L'organisation des urgences varie d'un inter secteur à l'autre.

Secteur IO1 (6 communes) : Docteur Jean-Pierre Benoit

- Les moins de 15 ans et 3 mois sont accueillis au SAU de pédiatrie du CHSD. Les patients sont vus par un pédiatre puis un pédopsychiatre est appelé si besoin pour évaluation. Le pédopsychiatre appelé est un sénior (équipe de liaison sur place ou astreinte du secteur). En cas

d'hospitalisation nécessaire, et si le comportement de l'enfant et de l'adolescent est compatible avec une hospitalisation en pédiatrie (pas d'agitation, de troubles graves du comportement de risque de fugue, etc.) il est hospitalisé à Delafontaine.

- Les 16-18 ans sont accueillis au SAU adulte de Delafontaine. Une évaluation est faite par l'équipe psychiatrique des urgences sous la responsabilité du secteur GO4 de l'EPS-VE. Si le patient est connu du IO1, ou si besoin justifié d'un avis spécialisé adolescent, le psychiatre adulte peut avoir recours à l'astreinte de pédopsychiatrie.

Hôpital Robert Ballanger –IO4 (7 communes) Docteur Clémentine Rappaport

A Robert Ballanger, la prise en charge des adultes commencent à 17 ans et trois quarts. La règle est le plus possible d'éviter un passage aux urgences car risque de contention et/ou de sédation. Globalement la prise en charge des enfants à RB est bien organisée ; le souhait est de faire évoluer la règle pour les 16-18 ans avec les adultes ; l'idée d'une unité des 16-25ans lui paraît intéressante.

- Des consultations hospitalières qui peuvent voir des urgences dans la journée
- Si enfant ou adolescent au SAU, il est vu d'abord par un psychiatre adulte (ils ont eu des formations) qui sollicite le pédopsychiatre
- Pour les adolescents suicidaires : protocole de prise en charge avec une semaine d'hospitalisation en pédiatrie
- Pour les troubles du comportement autre protocole avec une prise en charge ambulatoire rapprochée et intensive (au sein des consultations par ex)
- Ces prises en charge sont principalement sectorielles sauf pour quelques foyers hors secteur
- Les 12-18 ans bénéficient de la pris en charge dans les 8 lits ados (plus 1 si isolement) mais sans admission directe
- Enfin il existe une consultation psycho trauma

EPS-VE ou Ville Evrard

La pédopsychiatrie de VE est organisée en trois inter-secteurs (IO2, IO3 et IO5) et couvre 27 communes.

- IO2 : 6 communes
- IO3 : 7 communes
- IO5 : 13 communes

Dans le secteur IO5 :

Ce secteur comprend deux unités de liaison : Montfermeil et Jean Verdier. IO5 accepte les patients jusque 18 ans.

L'organisation à Montfermeil est sous la responsabilité du Dr Antoine Dereux (IO5) : il y a environ 200 passages par an, dont 60% en provenance du 77. L'hôpital comprend 23 lits de pédiatrie 12 lits de néo natalité dont 3 de SI, 4 boxes au SAU (Dr Khaled chef de service de la pédiatrie et néo natalité). Le Dr Dereux est présent deux demi-journées par semaine et se déplace occasionnellement pour des urgences. Les patients sont pris en charge par les pédiatres puis vus par les pédopsychiatres. Trois psychologues se relayent chaque jour de la semaine en pédiatrie. Le parcours est organisé par la PIJ. Les psychiatres adultes de Montfermeil ne se déplacent pas tous pour voir des enfants ou des ados.

Les locaux des urgences pédiatriques sont exigus et l'équipe pédiatrique est souvent en difficulté pour accueillir les enfants ou adolescents en état d'agitation.

Il existe un protocole d'accueil pour les adolescents suicidaires/suicidants.

L'organisation à Jean Verdier est également sous la responsabilité du Dr Antoine Dereux : JV enregistre entre 500 et 600 passages par an. Il y a 8 lits de pédiatrie dont en moyenne la moitié est occupée par des situations psychiatriques. Les moyens sur place sont un interne mi-temps, une assistante mi-temps. Une consultation d'avis pédopsychiatrique différée après passage aux urgences pour évaluation et orientation (pas de suivi hospitalier) a été mise en place. Une consultation préadmission à JV est en projet

Les CMP dans certains cas voient des urgences : deux cas de figure pour un rendez-vous très rapide : suicidant et rupture (scolaire, familiale etc.) ; entre 5 et 15 demandes en 6 mois selon les CMP ;

Dans le secteur IO2 :

Le secteur géographique du pôle 93IO2 ne comporte pas d'hôpital général. Ce secteur n'a pas de psychiatrie de liaison.

Chaque responsable de CMP et d'unités hospitalières laisse la possibilité de consultations pour toute urgence « ressentie ». En cas d'urgence, les patients sont reçus le jour même, ou le lendemain.

Les critères d'urgence retenus dans le pôle : les adolescents en grande souffrance psychique (risque suicidaire), les troubles majeurs du comportement, le risque de passage à l'acte; les enfants en bas-âge (0 – 3 ans). Après enquête auprès des CMP : Chaque CMP a reçu en moyenne 10 demandes en urgence au cours des 6 derniers mois.

En cas de nécessité (graves troubles du comportement, ou besoin de la mise en place d'un traitement médicamenteux conséquent incompatible avec une simple prise en charge en ambulatoire), appel au CAC d'Aubervilliers (G06) pour les adolescents ; au cas où une hospitalisation s'avère nécessaire, à l'unité pour adolescents du G02, mais aussi parfois pour les grands adolescents aux services de psychiatrie adulte, de façon le plus souvent transitoire.

Du fait de l'absence d'hôpital général sur le secteur, le volume non excessif des demandes en urgence a permis d'initier des projets régionaux d'exception, en direction des adolescents (UCA²⁶ / IHSEA²⁷).

L'UCA permet d'accueillir de jeunes patients pour lesquels un suivi simple en consultation ne suffit pas. Idem avec le CATTP ado d'Aubervilliers. Le projet vise à permettre, via le CATTP, à certains jeunes en grande souffrance psychique de bénéficier d'un temps d'accueil complétant (sur le même site) la prise en charge à l'UCA/IHSEA, en hospitalisation de semaine.

En ce qui concerne les plus jeunes (9 – 14 ans), des difficultés majeures sont rencontrées lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire (manque de places à La Nacelle dans le secteur IO3).

Dans le secteur IO3 :

- 7 CMP où les pratiques sont diverses pour recevoir les patients en première évaluation (paramédicaux etc.)
- Une structure de psychiatrie de liaison en pédiatrie au CHI André Grégoire + urgences pédiatriques tous les jours de semaine de 9 à 17H et une astreinte.
- Une structure de psychiatrie de liaison en maternité au CHI André Grégoire
- Une unité d'hospitalisation temps plein pour les 3-11 ans de 11 places (La Nacelle à Neuilly sur Marne). Cette unité intersectorielle peut admettre en urgence
- Une unité d'hospitalisation temps plein pour les 12-18 ans de 9 places (Unité ados 93 au CHI André Grégoire) : Cette unité inter sectorielle peut admettre en urgence
- Une astreinte de sécurité de pédopsychiatrie de 17H à 9H et le WE assurée par les praticiens du IO3.

Avicenne

Le chef du service de psychiatrie générale, addictologie spécialisée et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent est le Pr Thierry Baubet.

Le service de T Baubet a deux lignes de garde au SAU : urgences psychiatriques adultes (la liste de garde est gérée avec des psychiatres adultes et pédopsychiatres) et des urgences pédopsychiatriques. L'aval peut se faire

²⁶ Unité clinique de soirée et de nuit pour adolescents (UCA) : 7 lits, de 15 à 25 ans.

²⁷ Institut hospitalier soins-études pour adolescents (IHSEA) : 36 places, dont 5 en internat (en attente de l'ouverture pleine : 10 lits d'internat).

avec le service de pédiatrie de Jean Verdier ou avec la maison des ados ou l'entracte selon l'âge et les besoins de suivi. La plus grande difficulté pour le service est de remplir une liste de garde adulte avec des pédopsychiatres (en attente d'une réflexion avec VE). Le projet de déplacement de la maternité et de la pédiatrie de J Verdier à Avicenne en cours de réflexion pourrait « chambouler » l'organisation actuelle avec le secteur IO5 qui fait la pédopsychiatrie de liaison de J Verdier

L'hospitalisation en psychiatrie

Si 80% des patients psychiatriques sont suivis ou pris en charge en ambulatoire, la part de patients pris en charge en hospitalisation est de l'ordre de 20%. En SSD, chaque secteur adulte comprend des lits d'hospitalisation temps plein (en moyenne 25 par secteur), des places d'hôpital de jour ou de nuit, un ou deux CMP. Dans le secteur sanitaire, les unités d'hospitalisation qui prennent en charge des patients au long cours sont plus rares et intersectorielles (elles sont au nombre de trois en SSD et situées à EPS-VE : Trèfles (GO1), Alizé (G12), Peupliers (GO9)). Les deux cliniques privées du territoire, Epinay et Villepinte, non sectorisées ont également des lits d'hospitalisation et des places d'hôpital de jour (tableau 10). Trois hôpitaux de jour privés à but non lucratif sont implantés en SSD : Salneuve, Jean Macé et Bipolfalret.

En 2014, en France, le nombre de patients hospitalisés en établissement psychiatrique s'élève à 415 304, soit 375 836 patients en psychiatrie générale et 39 468 en psychiatrie infanto-juvénile (ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES). Cette hospitalisation se fait à temps complet (hospitalisation à temps plein, séjour thérapeutique, hospitalisation à domicile, placement familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, centres de postcure, centre de crise) ; ou temps partiel (hôpital du jour, hôpital de nuit), ateliers thérapeutiques). Différents modes d'hospitalisation sont pratiqués en psychiatrie : soins psychiatriques avec consentement libre, soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers (du patient ou du responsable légal) et soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat dans le département (SDRE). L'offre sanitaire ambulatoire permet de limiter le nombre d'hospitalisations. Elle dépend du niveau de stabilité d'un patient. Elle est assurée par divers professionnels de santé dans des structures comme les centres médico-psychologiques, les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). La France métropolitaine en 2014 compte 1 955 952 patients suivis en soins ambulatoires. Les patients de plus de 16 ans représentent 1 501 418 personnes, contre 454 534 pour les patients âgés de moins de 16 ans. Les actes réalisés au sein des centres médico-psychologiques (CMP) représentent 60 % des prises en charge ambulatoire tous âges confondus en France (ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES).

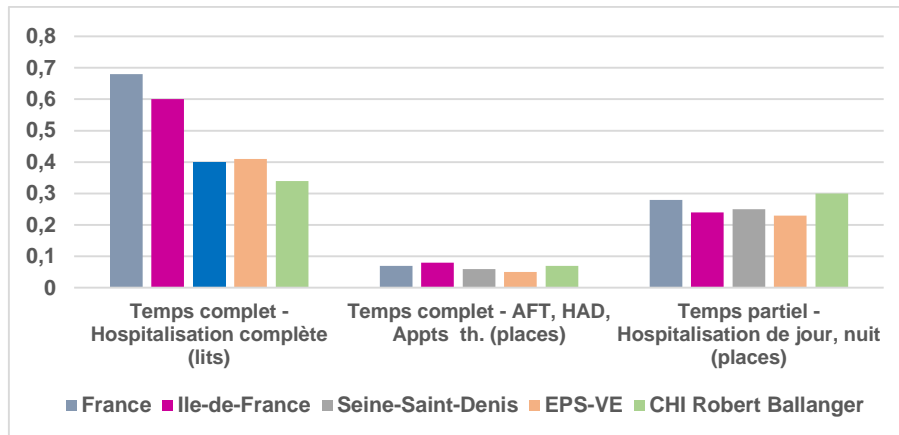
Tableaux 11 : équipements (lits, places) en psychiatrie adulte et infanto-juvénile en SSD

2018	lits	places	HAD	HDN	places de placement familial	Appartement Thérapeutique
Ville Evrard	386	317	8		40	1
Robert Ballanger	81	65	0		11	0
Clinique Epinay	186	27	0	2		0
Clinique de Villepinte	90	20	0	5		0
Bipol Falret		30				
Total	743	429	8	7	51	0

	Temps plein	Unité Ados	Hôpital de nuit	Hôpital de jour	AFT
93 I 02		5	7	56	
93 I 03	20		2	33	
93 I 05				34	5
93I04		8	0	20	10
93I01			0	18?	
jean Macé (Montreuil)				40	
Salneuve(Aubervilliers)				28	

En Seine-Saint-Denis les capacités d'hospitalisation complète (743 lits en adulte, CAC et lits post cure compris) sont inférieures à celles de l'Ile de France (figure 5) et le déficit de lits rapporté à la population est d'environ une centaine de lits. Si la diminution des lits en SSD a été initiée par les psychiatres eux-mêmes incitant ainsi au développement de l'ambulatoire, depuis quelques années la situation s'est tendue et on assiste plutôt à des tensions capacitaires c'est-à-dire des difficultés pour trouver des lits pour les patients notamment arrivés par les urgences. La conséquence est des séjours inadéquats aux urgences souvent sous contention. Il reste une marge de développement de l'ambulatoire notamment l'intervention à domicile, mais il paraît difficile de fermer encore des lits. Dans le cadre du projet de restructuration de certains sites de VE, il est prévu à terme de disposer de **22 lits supplémentaires** (+7 sur le site Clos Bénard à Aubervilliers et + 15 sur le site de Neuilly sur Marne).

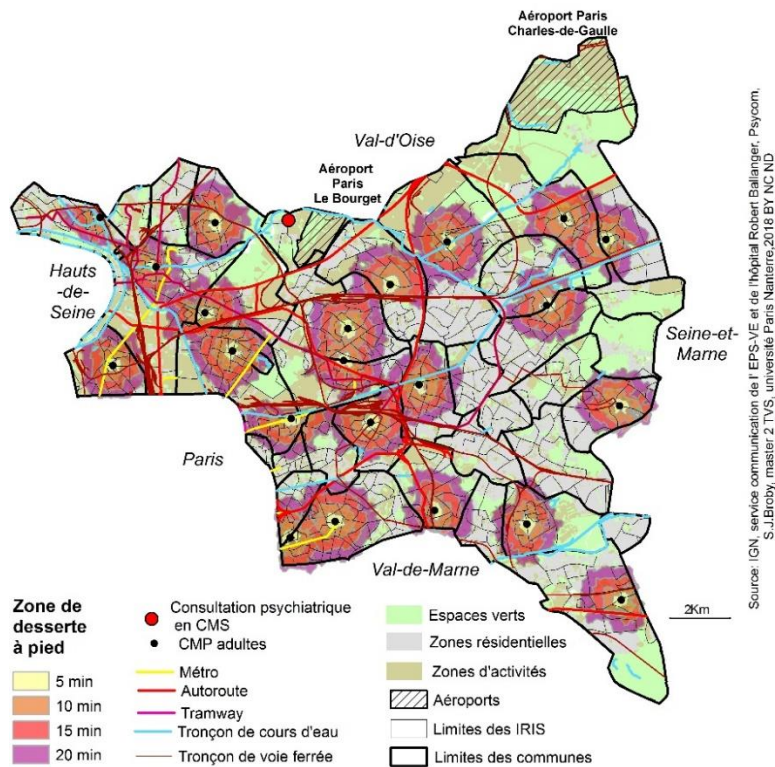
Figure 8 : taux d'équipement pour 1000 habitants de plus de 17 ans : comparaison SSD, Ile de France et France



Prise en charge ambulatoire

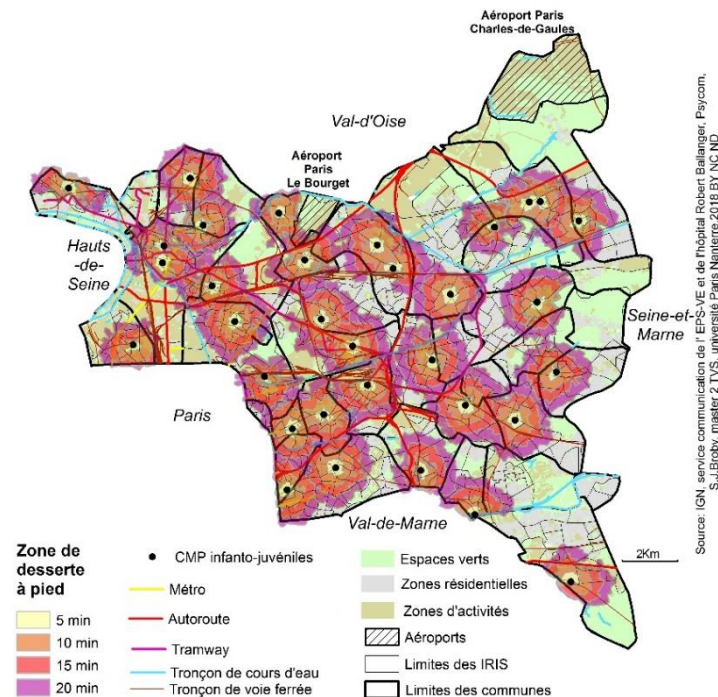
Chez l'adulte en SSD l'offre ambulatoire est de 22 CMP (17 dépendent de l'EPS-VE et 5 de Robert Ballanger), piliers des secteurs avec presque 80% de prises en charge. Les CMP font des actions de prévention, de diagnostic, de soins et d'intervention au domicile des patients. Comme l'illustre la carte, certaines zones du territoire n'ont pas accès à pied ni en transport en commun à un CMP. On note également qu'un secteur, le GO5 a implanté une consultation psychiatrique hors CMP dans un centre de santé (point rouge).

Carte 16 : distance à pied des CMP de psychiatrie générale



Chez l'enfant l'offre est principalement ambulatoire avec 33 CMP répartis sur le territoire et dont l'accessibilité représentée sur la carte correspond aux zones urbaines. Il faut ajouter à cette offre ambulatoire, le service de pédopsychiatrie d'Avicenne qui dispose de consultations de psychiatrie périnatale, pour jeunes isolés étrangers et une maison des adolescents (chapitre spécifique). Au total l'offre sanitaire infanto-juvénile du territoire est de 45 lits, 218 places hôpital de jour (10), hôpital de nuit 2, **33 CMP**, 3 autorisations de placement familial.

Carte 17 : distance à pied des CMP de psychiatrie infanto-juvénile



Equipes mobiles et pass psy : à la frontière du sanitaire et du social

Les « secteurs publics de psychiatrie » en France tentent de s'adapter à la demande de réactivité et de disponibilité qui émane des pouvoirs publics et des usagers.

Deux des modalités de réponse, qui constituent en outre, des alternatives à l'hospitalisation sont l'intervention mobile et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Plus globalement, il s'agit d'un travail de « liaison » impliquant de nombreux partenariats, du travail en réseau et une palette variée de dispositifs soignants.

Les missions des EMPP sont : aller au-devant des publics précaires, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (dans un quartier, en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ; assurer un dépistage précoce des situations à risque, par le biais de consultations ou de visites auprès des patients quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment.

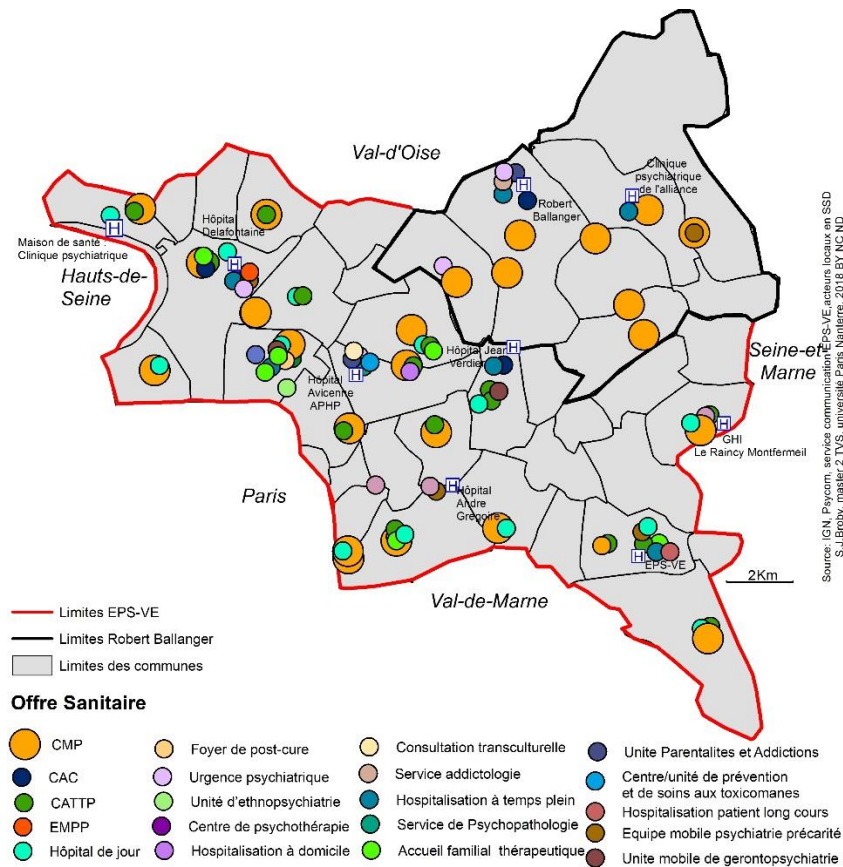
Les missions de la PASS psy : offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun.

Le tableau et la carte ci-dessous indiquent les dates de mise en œuvre et les secteurs couverts. Une évaluation d'activité est en cours (fin 2018).

Carte 18 : implantation des 5 EMPP de SSD

<p>Hôpital Robert Ballanger : ↳ UMPP (2006) : Hôpital R. Ballanger – Centre social – Bd R. Ballanger 93600 Aulnay-sous-Bois Tél. : 06-42-29-68-50 <i>Communes :</i> Aulnay sous Bois, Blanc-Mesnil, Livry-Gargan, Sevran, Villepinte, Tremblay en France, Vaujours EPS Ville-Evrard : ↳ LA CORDEE (2008) : Secteurs 93G9 - 93G15 - 93G16 - 93G18 EPS Ville-Evrard - Secteur 18-Pavillon Saintonge-202 Avenue Jean Jaurès 93330 Neuilly Sur Marne Tél. : 01-43-09-34-39 ou 35-96 <i>Communes :</i> Neuilly-Plaisance, Rosny sous Bois, Villemomble, Clichy-sous-Bois, Le Raincy, Montfermeil, Coubron, Neuilly sur Marne, Gagny, Gournay, Noisy-le-Grand ↳ LA BOUSSOLE (2010) : Secteurs 93G10 - 93G11 - 93G12 - 93G14 CAUP-CHI A. Grégoire - 50 Bd de la Boissière 93100 Montreuil Tél. : 06-82-82-28-18 <i>Communes :</i> Montreuil, Romainville, Noisy-le-Sec, Bagnolet, Les Lilas, Le Pré Saint-Gervais, Bondy, Les Pavillons sous Bois ↳ EMPP Estim'93 (2013) : Secteurs 93G01 - 93G03 - 93G04 EPS Ville-Evrard - 5 Rue du Dr Delafontaine 93200 SAINT DENIS Tél. : 01-49-71-71-26 <i>Communes :</i> Saint-Denis canton Nord-Est-Nord Ouest, Epinay-sur-Seine, Pierrefitte-sur-Seine, Villetaneuse, La Courneuve, Stains, Dugny ↳ RIVAGES (2016) : Secteurs 93G02 - 93G05 - 93G06 - 93G13 EPS Ville-Evrard - UHTP Du Clos Bénard 93300 AUBERVILLIERS Tél. : 06-72-19-42-21 <i>Communes :</i> Saint-Ouen, Drancy, Le Bourget, Aubervilliers, Bobigny, Pantin ↳ PASS PSY (2010) : (Permanence d'Accès aux Soins Santé) Tout le département EPS Ville-Evrard - 202 Avenue Jean Jaurès 93332 Neuilly Sur Marne Tél. : 01-43-09-30-26</p>	<p>UMPP (2006)</p> <p>LA CORDEE (2008)</p> <p>LABOUSSOLE (2010)</p> <p>EMPP Estim'93 (2013)</p> <p>EMPP Rivages (2017)</p> <p>PASS PSY (2010) :</p> <p>PASS DENTAIRE (2014)</p> <p>Tout le département</p> <p>Source : V. DROUHOT-EMPP La Boussole</p>	
---	---	--

Carte 19 : offre sanitaire en SSD



Offre sanitaire : les soignants

Offre médicale et paramédicale

Ces dernières années on a observé une crise d'identité chez les psychiatres qui se traduit par une crise démographique qui décourage les jeunes de choisir cette spécialité et ce d'autant que le nombre d'universitaires est très faible dans cette discipline. La psychiatrie est, après la médecine générale, la spécialité dans laquelle le nombre de postes proposés est le plus important, devant l'anesthésie-réanimation.

La densité en France s'élève à **23 psychiatres pour 100 000 habitants**, celle-ci étant variable d'une région à l'autre²⁸. D'après les projections de la DREES révisées cette année, le nombre de psychiatres en activité de moins de 70 ans pourrait augmenter de +8 % d'ici 2030 et de +33 % d'ici 2040. Il approcherait alors les 19 000 psychiatres.

L'entrée dans le DES de psychiatrie est régulée par un arrêté annuel. Un effort particulier a été apporté au début des années 2010, le nombre de postes ouverts ayant augmenté de +36 % entre 2010 et 2012 (vs +11 % pour l'ensemble des spécialités). Il est à noter que depuis 2012, l'ensemble des postes de psychiatrie ouverts ne sont pas tous pris par les étudiants lors de la procédure nationale de choix. L'inadéquation demeure malgré tout contenue (1,5 à 3%). Aussi, depuis 2012, l'évolution du nombre de postes ouverts en psychiatrie est légèrement inférieure au nombre total de postes.

Il convient d'indiquer que le dénombrement des pédopsychiatres est malaisé, car il existe à ce jour un DES unique, celui de psychiatrie, la psychiatrie infanto-juvénile étant une qualification supplémentaire acquise par un DESC et non recensée dans les systèmes d'information. Selon les données issues du RPPS (médecins déclarant un savoir-faire « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »), il y aurait 2 475 psychiatres infanto-juvéniles en 2015, soit 15

²⁸ 3 à Mayotte, 5,5 en Guyane, et 16 dans certaines régions métropolitaines (Hauts-de-France, Centre, Normandie) à 29 en PACA et 37 en Ile-de-France.

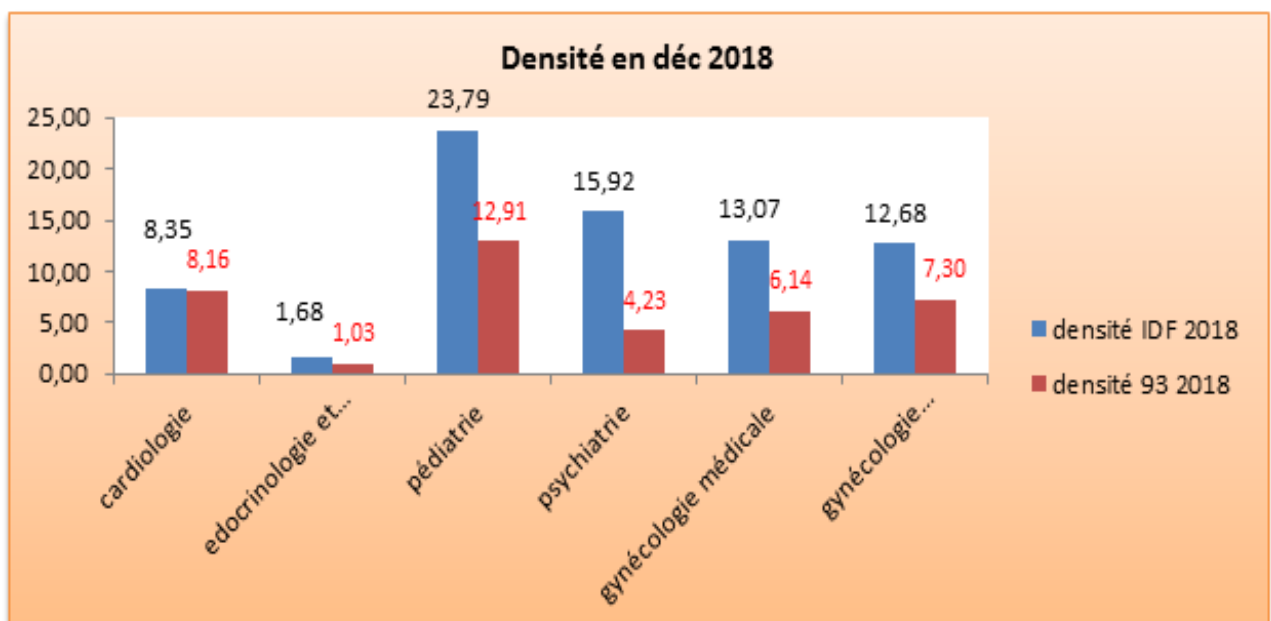
% de l'ensemble des psychiatres. Sur ce chiffre, 48 % seraient salariés, 38 % libéraux, 14 % avec un exercice mixte. Ce nombre est en diminution : - 7 % entre 2012 et 2015, -14 % si l'on considère uniquement les pédopsychiatres libéraux. Selon une étude du CNOM visant la période 2007-2016, la baisse totale du nombre de pédopsychiatres serait de 48 % entre ces deux dates. Par ailleurs, la répartition territoriale de ces spécialistes met en évidence de fortes disparités : si la densité moyenne est de **15 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans**, celle-ci varie de moins de 4 pour certains départements très sous dotés (Pas-de-Calais, Corse du Sud, Eure) à 23 dans les départements les mieux dotés (Gironde, Alpes Maritimes, Côte d'or, Drôme, Pyrénées-Atlantiques, Calvados). Elle est de près de 100 à Paris. Par ailleurs, certains départements ne comptent aucun pédopsychiatre libéral (Nièvre, Meuse, Haute-Marne, Lozère, Cantal, Ardennes, collectivités d'Outre-mer).

Une soixantaine de DESC « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » sont délivrés chaque année. Aux DESC délivrés en formation initiale, s'ajoutent ceux délivrés par le dispositif de la validation des acquis de l'expérience (VAE) universitaire.

La réforme du 3ème cycle des études médicales, qui reconnaît la « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » en tant qu'option du DES de psychiatrie, devrait permettre de mieux suivre et maîtriser l'évolution de leur nombre. Les entrées dans les options des DES seront en effet régulées par des quotas arrêtés annuellement, de la même manière que le nombre de places dans les DES. Cela permettra de réguler de déterminer chaque année le nombre de poste à ouvrir dans la spécialité, ce qui n'est pas aujourd'hui possible compte tenu du mode de délivrance des inscriptions en DESC.

Enfin, une préoccupation particulière concerne le nombre de professionnels hospitalo-universitaires en psychiatrie infanto-juvénile. En 2015, il y avait 32 PUPH recensés dans cette spécialité par le CNG. Certaines facultés de médecine en sont dépourvues (Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint Etienne), ce qui constitue un obstacle à la formation des internes de psychiatrie qui souhaiteraient s'orienter vers la pédopsychiatrie. En 2015 il y avait 35 HU titulaires (33 PUPH et 2 MCUPH) et 48 HU non titulaires (AHU, CCU, PHU). **En Seine Saint Denis (Université Paris XIII), un seul PUPH en pédopsychiatrie pas de PUPH en psychiatrie adulte (trois à Créteil Paris XII et 5 à Paris 11)**. L'offre de santé en médecine libérale est également insuffisante, SSD étant le département, avec la Seine et Marne, **en-dessous des moyennes de démographie médicale** observée en Ile de France, et ce particulièrement pour les médecines très spécialisées (tableau 10) et en obstétrique (médecins et sages-femmes). Une situation qui ne devrait pas s'améliorer, notamment au regard de la structure d'âge de la population médicale.

Tableau 12 : Une densité des personnels de santé parmi les plus faibles de la région Ile de France (densité pour 10 000 habitants)



L'évolution des psychiatres entre 2013 et 2018 est en baisse de 4.2% (figure 9).

Figure 9 : effectifs des psychiatres en mode libéral ou mixte en ID

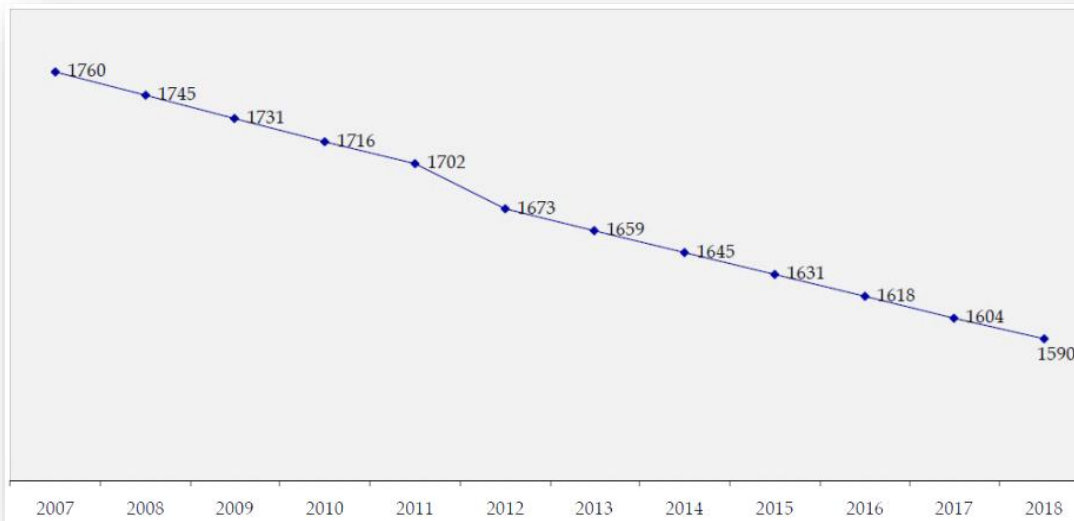
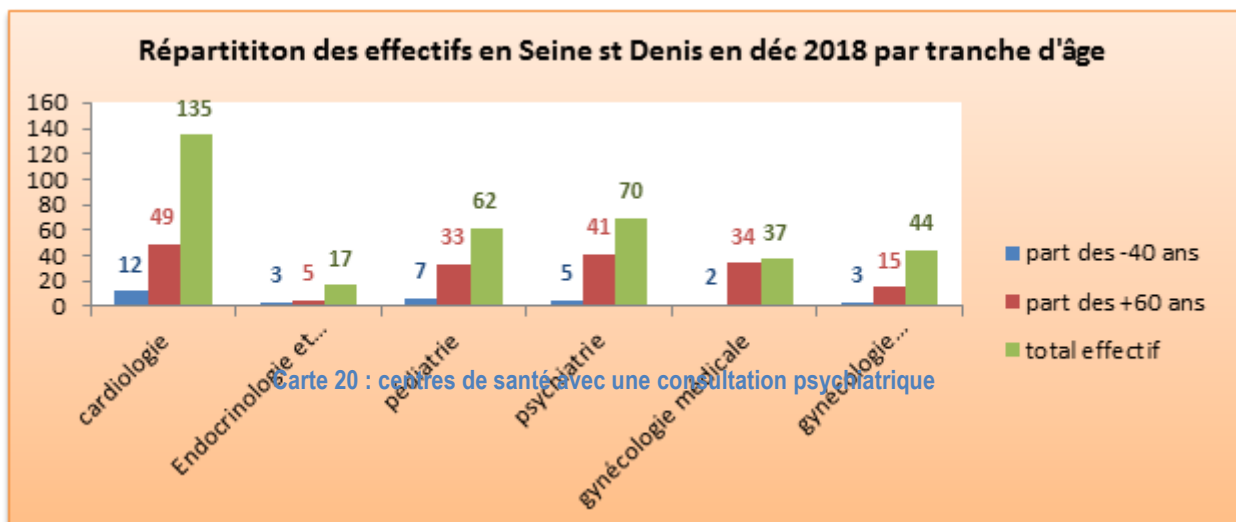


Tableau 13 : Densité des orthophonistes libéraux ou mixtes en IDF, pour 100.000 habitants (Source ADELI)

	Déc 2017	Déc 2018
75 - Paris	47	50
77 - Seine et Marne	19	20
78 - Yvelines	31	33
91 - Essonne	22	23
92 - Hauts de seine	38	39
93 - Seine st Denis	17	17
94 - Val de Marne	29	30
95 - Val d'Oise	23	23
Total Ile-de-France	29	30



Carte 15.2

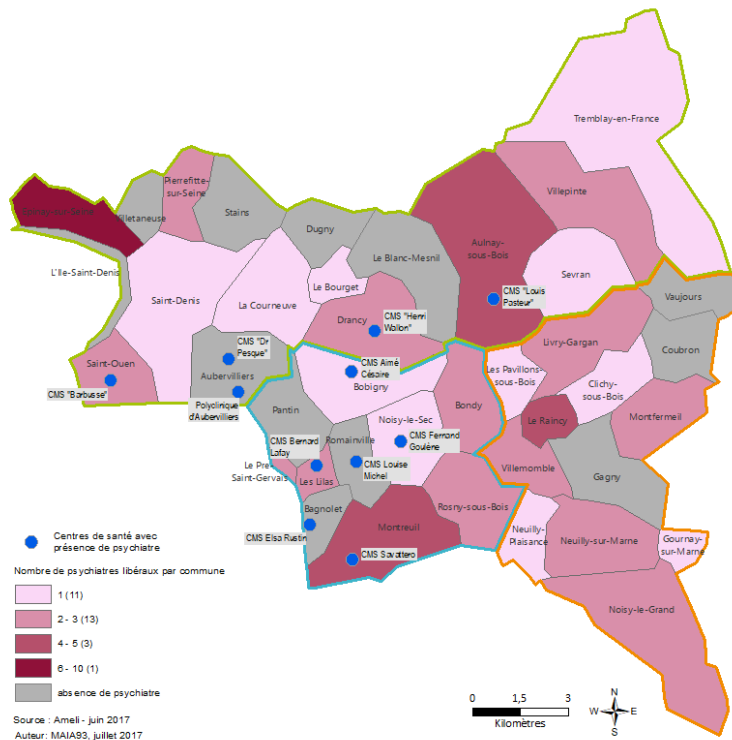


Tableau 13 : données comparatives psychiatres, pédopsychiatres, psychologues SSD versus Départements

Nb de professionnels de santé et psychologues	Seine-Saint-Denis	Valeur médiane des Dpts	France
généralistes	1118	486	68503
Psychiatres	60	25	6068
Pédopsychiatres	4	1	323
psychologues	239	93	17985

Tableau 14 : Les soins de ville : professions paramédicales - Densité pour 10.000 hab. (2014)

Département	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Sage-femmes
75	5,38	11,88	0,63
77	6,82	5,62	0,43
78	4,29	7,36	0,74
91	5,80	6,53	0,58
92	3,55	8,31	0,59
93	4,50	4,38	0,36
94	4,96	7,26	0,51
95	5,57	6,50	0,45
IDF	5,07	7,57	0,54

Offre médico-sociale en santé mentale

À partir des années 1960, la mise en place de la psychiatrie de secteur a entraîné la création d'une multitude de structures non sanitaires très diverses gérées au départ directement par les hôpitaux. En fermant des lits, il fallait trouver des solutions alternatives de prise en charge. Pour mettre de l'ordre dans ce développement et parer à certaines gestions aléatoires, l'Etat a décidé par la loi du 31 décembre 1970 "portant réforme hospitalière" de séparer le champ social du champ sanitaire, en demandant à l'hôpital de se recentrer sur ses fonctions sanitaires. Cette loi coupe de fait le champ psychiatrique en deux : le social d'un côté, le sanitaire de l'autre. Les lois jumelles du 30 juillet 1975, l'une relative aux institutions sociales et médico-sociales, et l'autre sur l'orientation en faveur des personnes handicapées vont consacrer cette autonomie et permettre la cohérence du secteur social et médico-social. À partir de 1975, les structures associatives du champ social et médico-social travaillant avec des usagers de la psychiatrie vont se multiplier, en concurrence avec les associations créées par les secteurs de psychiatrie. Le secteur social dépend essentiellement de l'Etat (DDCS, DRIHL) et du Conseil Départemental, le secteur médico-social dépend à la fois du CD et de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le secteur social et médico-social comprend aujourd'hui en France trente-six mille établissements et services qui ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits "fragiles" (personnes en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance). Aujourd'hui, les dispositifs principaux sont²⁹ :

- Les tutelles publiques ou privées,
- Les foyers de vie ou Foyer d'accueil médicalisé (FAM),
- Les Maisons d'accueil spécialisé (MAS),
- Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD),
- Les Centres d'aide au travail (CAT) devenus Etablissements spécialisés d'aide par le travail (ESAT).
- Les instituts médico éducatifs (IME)
- Les ITEP Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
- Les CAMSP Centre d'action médico-sociale précoce

²⁹ Quelques définitions

1 CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce : défini par l'article L. 343-1 du code de l'action sociale et des familles, ils prennent en charge les enfants jusqu'à 6 ans de façon ambulatoire et pluridisciplinaire chez qui un handicap a été décelé ainsi que le conseil et le soutien de la famille. Font également du dépistage.

2 CMPP : Centre médico psycho pédagogique : structure médico-sociale accueillant des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans présentant un handicap. Les soins en ambulatoires comportent une prise en charge médicale, de rééducation et/ ou réadaptation ainsi qu'un soutien éducatif.

3 IME : Institut médico-éducatif : structure accueillant des enfants présentant un handicap psychique, moteur et/ou sensoriel.

4 FAM : Foyer d'accueil médicalisé : structure médicalisée accueillant uniquement des adultes handicapés nécessitant un accompagnement quotidien dans les actes essentiels de la vie courante.

5 SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

6 ITEP : Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques

- les CMPP Centre médico psycho pédagogique
- La Loi du 11 février 2005 va donner un cadre juridique à de nouvelles structures d'accompagnement :
- Les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), sont composés de travailleurs sociaux, pas de professionnels médicaux
 - Les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH),
 - Les Groupes d'entraide mutuelle (G.E.M.).

Les patients porteurs d'une pathologie psychiatrique sont orientés vers une structure médico-sociale selon l'âge et la capacité d'adaptation dans cette structure et surtout le degré d'autonomie. Les enfants et adolescents relèvent des établissements comme les IME, les ITEP ou les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD). Les adultes peuvent bénéficier des services proposés par les MAS ou les SAVS. Les SAVS sont composés de professionnels médicaux et de travailleurs sociaux. Ils aident les usagers dans leurs démarches administratives. Les travailleurs sociaux peuvent accompagner les patients aux rendez-vous sanitaires. Le tableau réalisé par le DITSA recense les structures médicosociales du territoire de la SSD en 2018.

Tableau 15 : offre médico-sociale en SSD

Adulte	Enfants et adolescents
SAVS = 6	IME = 37
SAS = 5	
SAMSAH = 7	ITEP = 2
FTH = 7	SESSAD = 20
FV (EANM) = 20	CMPP = 11
FAM = 12	CAMSP = 4
MAS = 12	
Résidence accueil = 1	
Hébergement. temporaire = 1	
ESAT = 21	
EPHAD = 67+37	

Etat des lieux des structures

L'offre médicosociale est actuellement saturée. Selon des données présentées par la MDPH lors d'une journée de travail, le département de SSD compte ainsi 900 adultes en attente d'une place dans le secteur médico-social. Face à cette problématique, 439 adultes et 100 enfants ont été transférés vers des structures en Belgique³⁰. Le transfert des patients stabilisés qui ne relèvent plus de soins vers la Belgique est un moyen de lutte contre le manque de places dans des structures médico-sociales et sociales dans certains départements français. Il s'agit d'une pratique de dernier recours. « Les structures belges favorisent les rencontres entre les usagers et leurs proches ». « Ce sont des lieux de vie et non de soins ». « L'offre médico-sociale est plus éducative que sanitaire ». Le rapport Cordery de 2016 classe les cinq premiers départements d'origine des patients pris en charge dans les structures belges en 2015. Le département du nord est en première position avec 1 165 patients transférés vers la Belgique. La Seine-Saint-Denis est en deuxième position avec 399 patients (tableau 15).

Tableau 16 : Cinq premiers départements d'origine des adultes handicapés pris en charge dans des établissements belges au 31 décembre 2016

Département d'origine	Nombre de personnes
Nord	1 165
Seine-Saint-Denis	399
Paris	388
Essonne	340
Oise	315

Source : Agence régionale de santé Hauts de France. In : Rapport Cordery, 2016, p.23.

Dans le champ du handicap, en Ile de France, 4 000 places ont été créées sur l'ensemble de la durée du

³⁰ Rapport « accompagner vers la Belgique » 2018, Ana Marques et coll, EPS-VE

premier projet régional de santé (2010-2017). Spécifiquement sur le spectre autistique et les troubles du neuro-développement, l'offre de places a doublé. En termes de réduction des inégalités d'accès, ce sont les territoires les moins bien dotés qui ont bénéficié des autorisations nouvelles : la SSD et Paris. Le développement de l'offre a concerné d'abord les établissements et services médico sociaux prenant en charge les personnes avec autisme (26 % des autorisations). Le handicap psychique, le polyhandicap et le handicap neurologique ont également fait l'objet d'un rattrapage spécifique.

En 2017, l'offre en Seine-Saint-Denis est de 2856 places pour l'enfance handicapée hors CAMSP1 et CMPP2. Pour les adultes, l'offre se monte à 3 890 places installées en établissements et services. La création d'établissements et services destinés à la prise en charge des personnes handicapées est portée de façon conjointe par la DD93 et par le conseil départemental. Selon le type d'établissement ou de service, le financement peut provenir soit uniquement de l'Etat (assurance maladie) comme pour les IME, soit être conjoint Etat / CD, comme pour les FAM soit uniquement provenir du CD comme pour les foyers d'hébergement.

Seine Saint Denis : Une offre médico-sociale fragile car 78 gestionnaires d'ESMS pour 146 structures, soit en moyenne à peine deux structures par gestionnaire 16 gestionnaires publics, 18 parapublics (associations présidées par le maire), soit 44% des gestionnaires. Cette importance de petits gestionnaires fragilise de nombreuses structures (déficits structurels, problème de trésorerie; crises de gouvernance...)

Tableau 17 : Taux d'équipement : lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans

Dpt	SESSAD	IME	CMPP (nombre)	Etablissement polyhandicapé	ITEP	CAMSP	Autres
75	2.19	1.98	15	0.42	0.13	4	2.28
77	3.40	3.98	4	0.29	0.33	5	0.94
78	2.44	3.42	11	0.40	0.30	3	0.99
91	2.44	2.84	18	0.53	0.92	4	1.06
92	2.41	2.66	12	0.22	0.08	3	1.98
93	2.36	2,78	12	0.38	0.22	4	0.77
94	1.91	3.84	19	0.40	0.42	4	0.43
95	2.16	2.91	11	0.15	0.91	3	0.74
IDF	2.42	3.07	102	0.33	0.37	30	1.14

Tableau 18 : Taux d'équipement : lits ou places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans

Dpt	ESAT	Foyer de vie	Foyer hébergement	FAM	MAS	SAVS	SAMSAH
75	2.05	0.37	0.48	0.49	0.33	0.44	0.23
77	2.55	0.82	0.85	1.01	0.79	0.16	0.48
78	2.73	0.81	1.04	1.40	0.62	0.66	0.06
91	2.52	1.10	0.52	0.44	1.07	0.58	0.02
92	2.39	0.76	0.53	0.45	0.34	0.53	0.12
93	2.49	0.66	0.38	0.48	0.61	0.10	0.33
94	2.86	0.22	0.52	0.58	0.69	0.53	0.29
95	2.73	0.56	0.46	0.79	0.71	0.56	0.26
IDF	2.49	0.63	0.58	0.68	0.60	0.44	0.23

Les projets de structures ou places médicosociales de la Seine-Saint-Denis

Malgré une politique volontariste de création de places menée depuis 2010 (460 places pour les enfants et 788 places pour les adultes), le nombre de places sur le territoire reste inférieur aux moyennes régionales et nationales (tableaux 16 et 17). La création de places va donc se poursuivre dans les années à venir aussi bien pour les enfants que pour les adultes avec les ouvertures prévisionnelles suivantes :

- Un IME polyhandicap de 35 places dans la commune de Stains en avril 2017
- Un SESSAD spécialisé dans la prise en charge de l'autisme de 32 places à Montreuil
- Un FAM spécialisé dans la prise en charge d'adultes autistes de 35 places à Sevran
- Un dispositif ITEP/SESSAD, ouvert conjointement avec le département de Paris, de 59 places dont 24 places pour les séquano-dyonisiens.
- Une unité de répit renforcé de 6 places pour adultes autistes à Villepinte en aval de l'USIDATU
- Des extensions de places pour un public âgé de 12 à 20 ans déficients intellectuels avec troubles associés

Dans le cadre des mesures du 3ème plan autisme, une unité d'enseignement en maternelle – UEM³¹ – a vu le jour en 2016 à Villepinte, rattachée à l'IME Soubiran. Une autre UEM a ouvert en 2017 à Epinay-sur-Seine, dont le portage médico-social est assuré par l'IME Adam SHELTON de Saint-Denis. Une ULIS TSA maternelle et primaire de 8 places a été ouverte à la rentrée de septembre 2016 à l'école Louis Michel de Montreuil. Ce dispositif spécifique associe une structure de l'éducation nationale et une structure médico-sociale. Les enfants sont scolarisés à temps plein à l'école Louise Michel, l'équipe du SESSAD B. Coursol de Montreuil réalise les accompagnements médico sociaux et thérapeutiques. Ce dispositif de scolarisation adaptée est encadré par une convention de partenariat réactualisée chaque année scolaire.

Dans certains établissements scolaires, de nouveaux dispositifs sont en cours de développement en école élémentaire (Unité Élémentaire Externalisée Autisme UEEA) qui permettent une inclusion scolaire ainsi que des pôles de soutien à l'intégration et à la scolarité.

Les évolutions dans le secteur du handicap : le défi handicap : une réponse pour chacun (2017-2021)

Ce plan départemental se décline en 3 axes :

³¹ Une UEM « accueille 7 enfants de 3 à 6 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme sévères et n'ayant pas développé de communication verbale ; les enfants sont présents à l'école sur le même temps que les autres élèves de leur classe d'âge, pour les temps consacrés aux apprentissages et à l'accompagnement médico-social. Les interventions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques se réfèrent, de même que l'ensemble du présent cahier des charges, aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS et de l'ANESM - notamment les approches globales structurées recommandées - et sont réalisées par une équipe associant enseignant et professionnels médico-sociaux, dont les actions sont coordonnées et supervisées. ».

- Renforcer la connaissance des besoins et de la coordination des acteurs
- Améliorer et diversifier la réponse aux besoins en décloisonnant les différents dispositifs et en proposant des solutions modulaires
- Accroître l'offre d'accueil et de service en créant de nouvelles places et en optimisant les capacités d'accueil existantes, aussi bien en établissement qu'au sein des services.

Outre l'amélioration de la prise en charge au travers de la structuration de l'offre, ce plan aura également un impact non négligeable sur le développement économique et sur l'emploi au sein du département en concernant différents secteurs d'activité comme le secteur de l'aide à domicile ou le secteur de l'innovation technologique au service des personnes. De plus, la création de passerelle entre le «défi handicap» et la «réponse accompagnée pour tous» permettra non seulement d'accroître la quantité et la qualité des réponses proposées mais également de modifier les pratiques de l'ensemble des acteurs afin d'être au plus près des besoins des personnes.

La réponse accompagnée pour tous (RAPT)³²

Le risque de rupture de parcours de vie, notamment aux âges charnières que sont le changement de cycle scolaire, la fin de la scolarité obligatoire, le passage à l'âge adulte est important et avéré pour les personnes handicapées. C'est pour étudier les solutions permettant d'éviter ces ruptures de parcours que le rapport « Zéro solution » a été remis à la ministre de la santé en juin 2014. En novembre 2014, a été installée la mission « une réponse accompagnée pour tous », pilotée par madame Marie-Sophie DESAULLE afin de définir les axes de travail permettant la mise en œuvre progressive du rapport « Zéro solution ». 24 territoires – dont la Seine-et-Marne pour l'Ile-de-France - se sont engagés dans cette démarche depuis novembre 2015, 66 nouveaux territoires ont rejoint le dispositif en 2017 dont La Seine-Saint-Denis.

Le dispositif intégré TSA 93

Le dispositif intégré TSA est une expérimentation régionale déployée dans 4 départements de l'Ile-de-France (77, 78, 91, 93) conduite sur 3 ans. Porté par l'association de Villepinte, ce dispositif est à vocation départementale. Très largement inspiré de la méthode MAÏA, ce dispositif a pour objectif de prévenir les ruptures de parcours dues notamment au cloisonnement entre les structures et les acteurs, au manque de lisibilité de l'offre, au manque de coordination des acteurs face aux situations complexes. Le dispositif a été généralisé à tout type de handicap depuis le 1er janvier 2019.

Dans le cadre de prises en charge spécifiques des troubles du spectre de l'autisme, les autorités sanitaires ont lancé en 2009 un appel à projet pour la création d'une part d'une Unité sanitaire interdépartementale d'accueil temporaire d'urgence, l'USIDATU et d'autre part de la création de trois Unités mobiles interdépartementales (UMI). L'USIDATU est une unité non sectorisée située à la Pitié-Salpêtrière (Paris XIII) permettant d'accueillir des enfants, adolescents ou adultes franciliens en état de crise en leur proposant une prise en charge pluridisciplinaire et intégrative, aussi bien dans le cadre des besoins spécifiques de la gestion de la crise que dans ceux des soins somatiques. Cette unité d'hospitalisation comprend actuellement 18 lits répartis en 2 unités. Une étroite collaboration entre les UMI de la région et l'USIDATU a été mise en œuvre afin de réduire dans la mesure du possible la présence au sein de cette unité fermée. Les UMI ont, pour leur part, mission d'aider et de soutenir les institutions et/ou familles confrontées à des situations complexes de personnes atteintes de troubles du spectre autistique. L'équipe met en œuvre toute action de prévention, d'évaluation, d'apaisement et de réinsertion qui visent prioritairement à rechercher des solutions alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. La Seine-Saint-Denis est du ressort territorial de l'UMI EST qui couvre également les départements du Val-de-Marne et de la Seine-et-Marne.

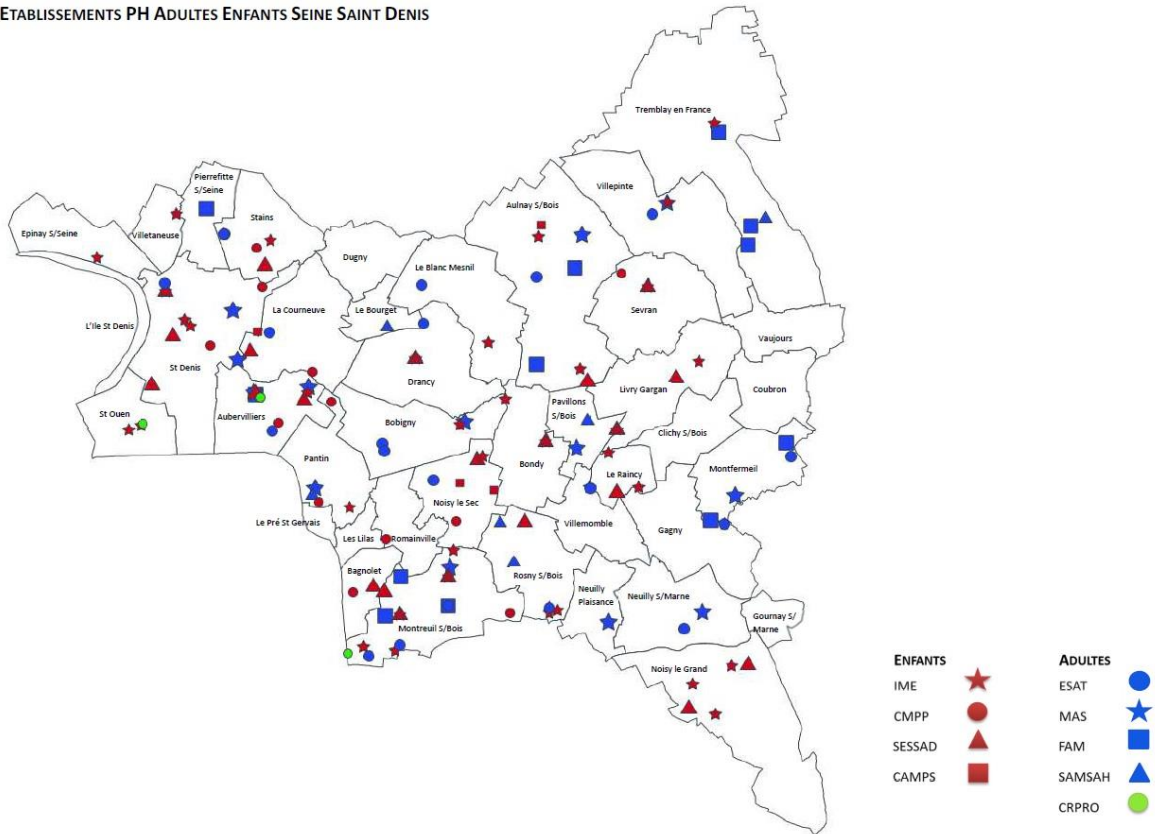
Le plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique

L'objectif de l'instruction interministérielle est d'une part de prévenir et d'autre part de faire revenir les personnes handicapées ne souhaitant plus être accueillies en Belgique. Pour ce faire, des crédits ont été débloqués au niveau national permettant la création de places supplémentaires dans les établissements déjà installés en SSD

³² Le dispositif RAPT est un dispositif d'orientation permanent porté par la MDPH au travers de l'élaboration d'un plan d'accompagnement global, coordonné et personnalisé des cas les plus complexes pour lesquels les orientations initiales posées par la MDPH n'ont pas été suivies d'effet. Un outil national de suivi intégrant des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de suivi des orientations et des besoins sera notamment élaboré en concertation avec les acteurs.

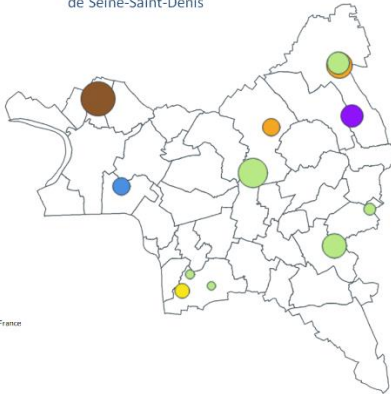
Cartes 21 : structures médicosociales en SSD (enfant, adultes) données fournies par la DT93

ETABLISSEMENTS PH ADULTES ENFANTS SEINE SAINT DENIS



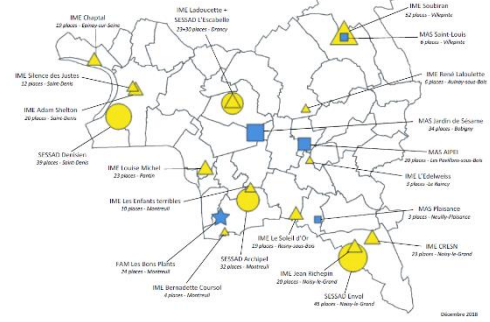
Foyers d'Accueil Médicalisé
de Seine-Saint-Denis

- Déficiences**
- Polyhandicap
 - TSA
 - Déficience intellectuelle
 - Déficience intellectuelle + PHV
 - Déficience motrice
 - Cérébro-lésions
- Nombre de places**
min. (15) g. max. (52)
- Liste des établissements**
FAM ADJ « La Maison de l'Adèle », Pierrefitte
FAM AFASER « Papillons », Montreuil
FAM AFASER « Sans-Jour », Montreuil
FAM AGSECE, Montfermeil
FAM « Les Bons Plants », Rosny sous Bois
FAM Arc-en-Ciel « Mycosotis », Tremblay-en-France
FAM Arc-en-Ciel « Robert Baudrier », Tremblay-en-France
FAM « Le Vert Galant », Tremblay-en-France
FAM ARPEL, Montfermeil
FAM Coallia « Amaryllis », Aulnay-sous-Bois
FAM « L'Orangerie », Aubervilliers
FAM « Loulouise Lautrec », Aulnay-sous-Bois



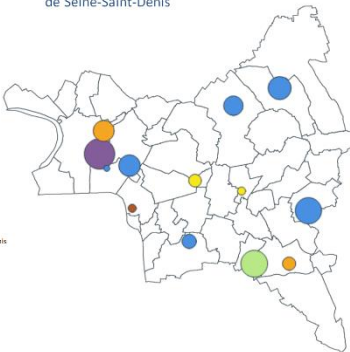
Troubles du spectre autistique - adultes et enfants
Seine-Saint-Denis

- Enfants**
- IME
 - SESSAD
 - FAM
 - MAS



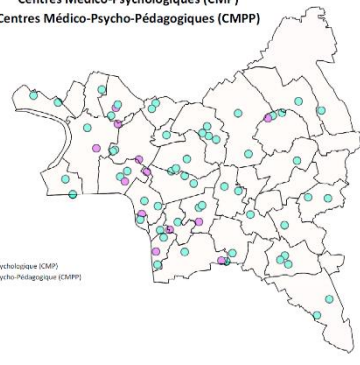
Maisons d'Accueil Spécialisé
de Seine-Saint-Denis

- Déficiences**
- Polyhandicap
 - TSA
 - Déficience psychique
 - Polyhandicap + TSA
 - Déficience motrice + VM + VMC
 - Déficience motrice
- Nombre de places**
min. (16) g. max. (64)
- Liste des établissements**
MAS ADP « La Maison du Promeneur pourpre », Saint-Denis
MAS AFASER, Aubervilliers
MAS « Loulouise Lautrec », Aulnay-sous-Bois
MAS ARPEL, Les Pavillons-sous-Bois
MAS « Plaisance », Neuilly-Plaisance
MAS SAP « L'Éclaircie Ambroise », Saint-Denis
MAS « Le Grand Saule », Montfermeil
MAS « Sans-Couleur », Villeneuve
MAS « Alexandre Glabbe », Montreuil
MAS « L'Orangerie », Aubervilliers
MAS « Le Mas de Tabac », Neuilly-sur-Mairie
MAS « Le Jardin du Vigneron », Roissy
MAS « Pervenche », Saint-Denis



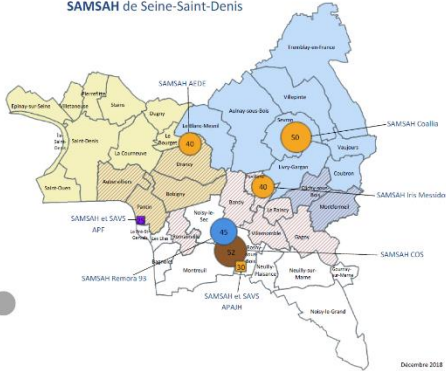
Centres Médico-Psychologiques (CMP)
Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

- Légende :**
- Centre Médico-Psychologique (CMP)
 - Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP)



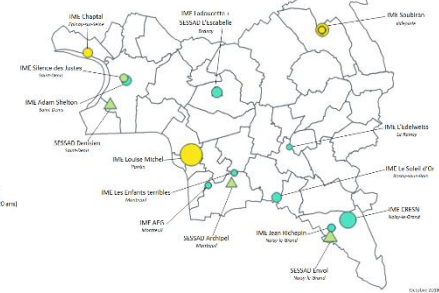
SAMSAH de Seine-Saint-Denis

- Nature de la structure**
- SAMSAH soc.
 - SAMSAH sans SAVS
- Déficiences**
- Déficience psychique
 - Déficience motrice
 - Cérébro-lésions
 - Déficiences sensorielles
- Capacité autorisée**
min. (20) g. max. (52)
- Aires d'intervention**
- AEDC
 - Coallia
 - Int. Montfermeil



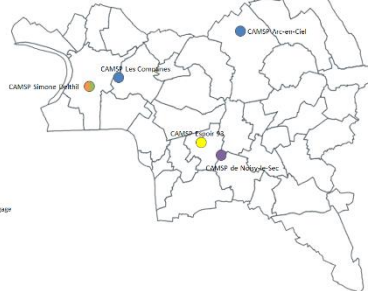
Troubles du spectre autistique
Structures pour enfants de Seine-Saint-Denis

- Légende :**
- CMPP
 - IME
 - SESSAD
 - enfants (0-6 ans)
 - adolescents (12-20 ans)
 - hors âge



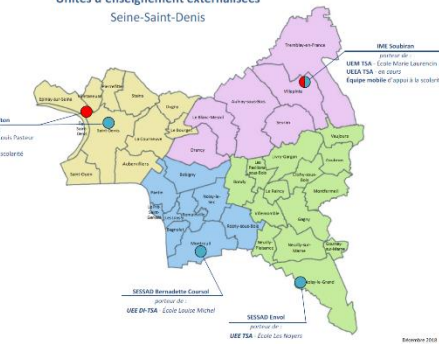
CAMSP
de Seine-Saint-Denis

- Déficiences**
- Toutes déficiences
 - Déficiences auditives
 - Déficiences visuelles
 - Troubles spécifiques du langage
 - Déficiences motrices



Unités d'enseignement externalisées
Seine-Saint-Denis

- Unités d'enseignement externalisées**
- UEE1
 - UEE2
 - UEE3
 - UEE4



L'offre de prévention et d'action sociale

La prévention se décline sous trois formes : primaire, elle vise à diminuer l'entrée dans la maladie ; secondaire, elle a pour objectif la prise en charge précoce et la limitation des complications ; tertiaire, elle ambitionne de limiter les rechutes et le développement du handicap. De nombreux travaux montrent que la construction d'un projet de vie (l'emploi et le logement) améliore de manière conséquente l'adhésion aux soins. Il en est de même pour le travail avec la famille. Ce sont des partenaires essentiels, puisque 33 à 45% des patients chroniques vivent au domicile de leurs parents et que 9 aidants sur 10 sont des membres de la famille. Une grande partie du bien-être psychique des patients repose donc sur la famille, dont les besoins sont rarement pris en compte et la coopération trop peu souvent requise³³.

Le Projet régional de santé (PRS2) 2018-2022 fait de l'intervention précoce, le fil conducteur des organisations. Il s'agit, pour le champ de la promotion et prévention, d'agir en amont des difficultés en donnant une impulsion aux programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) et de prévention précoce. Les CPS sont regroupées en 3 grands types - compétences sociales, compétences émotionnelles et compétences cognitives. Par ailleurs, la Stratégie nationale de santé (SNS) affirme la nécessité de soutenir, grâce à un effort collectif d'éducation pour la santé, le développement des CPS dès le plus jeune âge et tout au long de la vie. Enfin, le renforcement des compétences psychosociales (CPS)³⁴ constitue l'Action n°1 de la Feuille de route nationale « santé mentale et psychiatrie »³⁵. Sachant que la petite enfance et l'enfance sont des périodes cruciales pour tenter de réduire la proportion d'enfants vulnérables et de favoriser le développement global des enfants, deux objectifs ont été fixés dans le PRS 2018-2022 pour la région francilienne :

- mettre en place, dans chaque département d'ici 2022, au moins un programme multi-partenarial de prévention précoce (0-3 ans) et de développement des compétences parentales.
- renforcer les programmes de type expérientiel de développement des CPS en milieu scolaire et périscolaire pour enfants de 6 à 12 ans dans la région.

Par ailleurs, sur la priorité thématique « Santé des adolescents et des jeunes adultes », le PRS 2018- 2022 donne comme finalité d'aider les jeunes à être pleinement acteurs de leur santé, en passant notamment par le renforcement de leurs compétences et habiletés.

Les acteurs de la prévention et de l'action sociale en santé mentale prennent donc toute leur place dans le PRS2 qui définit l'ossature de ce que doit être un PTSM. Ces acteurs organisés en structures/contrats/dispositifs chargés d'une dynamique territoriale sur la santé mentale, multi-financés (ARS, collectivités territoriales, organismes sociaux) sont multiples et particulièrement présents en SSD (par exemple, la SSD est le premier département à avoir mis en place des ateliers santé ville ou ASV). Ces acteurs sont respectivement les ASV³⁶, les CLS³⁷, les

³³ Lire les documents sur le site de C3RP centre ressource en remédiation cognitive et réhabilitation sociales

³⁴ L'OMS a défini les CPS en 1993 comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. [...] »

³⁵ Juin 2018

³⁶ Les ASV ont été mis en place en 1999 par le Comité interministériel des villes, suivi d'une circulaire de la DGS en 2000. En 2012, un référentiel national était publié. Les ASV sont des démarches territorialisées de santé implantées dans les QPV, qui se réfèrent au concept de la promotion de la santé et visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Elles sont au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville. En 2013, le Haut conseil en santé publique a montré que les ASV apportent une véritable plus-value, « en générant une dynamique inédite en France de coopération contractualisée entre l'État et les collectivités territoriales en matière de santé ». Aujourd'hui, si aucune instance au niveau national n'est en mesure de les recenser de manière précise, on estime à 220 environ le nombre des ASV sur le territoire national. Avec la réforme récente de la politique de la ville, les ASV sont les volets santé des contrats de ville en articulation avec les contrats locaux de santé lorsqu'ils existent.

³⁷ La loi HPST offre en 2009 la possibilité d'initier une dynamique territoriale de santé sous la forme d'une contractualisation, principalement entre l'ARS et les collectivités territoriales pour articuler le projet régional de santé aux besoins locaux. L'article L1434-17 du CSP prévoit que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Le Ministère de la santé, dans le sillage de la loi HPST, l'a ensuite promu d'emblée comme une modalité de partenariat stratégique entre les ARS et les collectivités territoriales pour la réduction des inégalités sociales de santé, modalité diversement investie dans cet objectif selon les territoires. Le CLS est un outil au service d'une territorialisation concertée et négociée de l'action publique en santé. La loi de 2016 va encore renforcer, et inscrire dans le marbre le rôle des collectivités territoriales, comme partenaire de premier rang des ARS. En septembre 2017, 305 CLS étaient recensés au niveau national. Selon l'étude menée par la DGS en 2017, 50% sont portés par des communes, 21 % par des communautés de communes et 15% par des pays, avec un recul des communes au profit d'une augmentation

CLSM et les RESAD qu'ils animent, les GEM, mais aussi les acteurs du logement (bailleurs sociaux, SIAO etc.), de l'emploi (ESAT Vivre autrement, ESAT Iris Messidor pour ne citer qu'eux), de l'éducation nationale, de la justice...CLSM, RESAD, GEM et SIAO font l'objet dans ce chapitre d'une attention particulière tant ils sont devenus incontournables dans l'animation territoriale en santé mentale malgré des disparités dans l'engagement politique et financier. Signalons que la SSD a mis en place depuis plusieurs années une formation entre acteurs du sanitaire, du médico-social et acteurs sociaux- **la FASSM**- pour formation action sociale et santé mentale qui a permis la rencontre des acteurs et l'interconnaissance avec notamment une bonne coordination avec le secteur de psychiatrie et notamment les équipes mobiles précarité (tableau réalisé par Ana Marqués, sociologue, EPS-VE).

Tableau 19 : relations entre secteurs de psychiatrie et interlocuteurs sociaux (Ana Marqués)

COMMUNES	INSTANCE DE TYPE RESAD	Année de création	SECTEUR DE PSY	FASSM*	EMPP	ASV	CLS	CLSM
VILLE EVRARD								
SAINT-OUEN	RESAD	2006		21	RIVAGES	ASV	CLS	2014
ILE-DE-SAINT DENIS	RESAD	déc-13	G02	8				
LE BOURGET	INCERT	2008 à 2015	G05	13				
DRANCY	INCERT	2008		32		ASV	CLS	
AUBERVILLIERS	RESAD	2001	G06	59		ASV	CLS	2012
BOBIGNY	RESAD	2017	G13	37		ASV	CLS	2017
PANTIN	RESAD	2017		38		ASV	CLS	
SAINT-DENIS	CELLULE DE SITUATIONS	1997	G01	39	ESTIM'93		CLS	2012
EPINAY SUR SEINE	RESAD	2007	G03	21		ASV	CLS	2017
VILLETANEUSE				16		ASV	CLS	
PIERREFITTE SUR SEINE				23		ASV	CLS	2018
STAINS	RESAD	2008	G04	24		ASV	CLS	2015
LA COURNEUVE	CONCERTATION SITUATIONS COMPLEXES	1998		17		ASV	CLS	2017
DUGNY				13		ASV	CLS	
ROMAINVILLE	RESAD		G11	19		CLS		
NOISY LE SEC				28	ASV			
LE PRE SAINT GERVAIS	INSTANCE SITUATIONS COMPLEXES	2004	G12	18	LA BOUSSOLE			
LES LILAS	RESAD	2006		17				
BAGNOLET	RESAD	2014		19			CLS	
LES PAVILLONS SOUS BOIS	INTERFACE	1998	G14	24				2014
BONDY				41			CLS	2012
MONTREUIL	RESAD	2008	G10	51		ASV	CLS	2012
ROSNY SOUS BOIS	RESAD	oct-13	G09	29		ASV	CLS	2014
VILLEMOMBLE	RESAD			31				
NEUILLY PLAISANCE				15				
LE RAINCY				19				
CLICHY SOUS BOIS	RESAD		G15	33	ASV	CLS	2014	
MONTFERMEIL	RESAD			29		CLS		
COUBRON	RESAD			11				
NEUILLY SUR MARNE			G16	38				
GAGNY				43				
NOISY LE GRAND	RESAD	2007	G18	33				
GOURNAY SUR MARNE				19				
ROBERT BALLANGER								
VAUJOURS			G17	9	UMPP			
LIVRY GARGAN				20				
SEVRAN	INSTANCE C2R	2011		33		ASV	CLS	
AULNAY SOUS BOIS	RESAD	2012	G07	31		ASV		2013?
VILLEPINTE	RESAD			18		ASV		
TREMBLAY EN France	RESAD		G08	18		ASV	CLS	2012
LE BLANC MESNIL		oct2013 à déc 201		30				

Les Conseils Locaux de Santé Mentale ou CLSM (<http://clsm-ccoms.org/>)

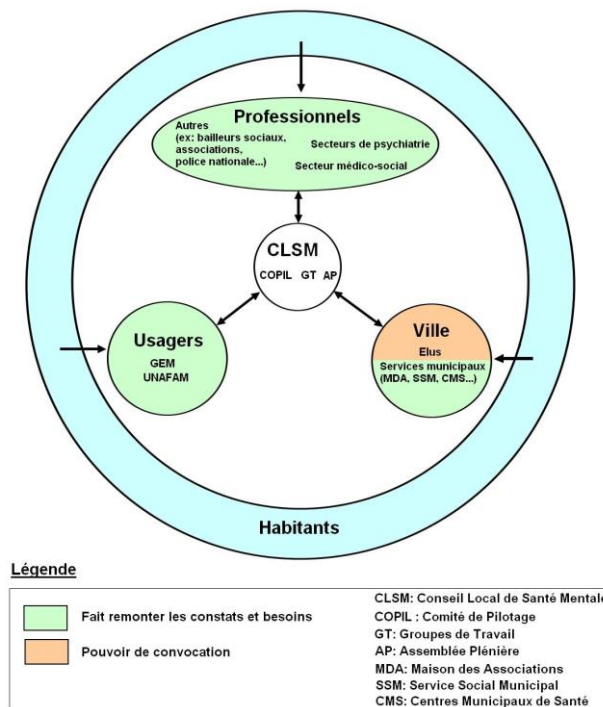
Les CLSM sont des initiatives locales référencées depuis 2010 par l'Union Européenne comme des dispositifs techniques permettant de formaliser au niveau local les recommandations formulées par l'OMS visant au décloisonnement des partenariats multisectoriels locaux, et à la coordination locale des services et des stratégies de prévention et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Présidé par un élu local, co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants, le Conseil local de santé mentale (CLSM) est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres. C'est un outil opérationnel de démocratie participative, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de modernisation du système de santé. Le CLSM aboutit à des actions concrètes qui émanent de commissions

constatée de la part des porteurs de territoires étendus, comme les pays ou les intercommunalités. Plus de la moitié des CLS au niveau national couvre un territoire prioritaire des politiques territoriales d'État : 474 QPV et 43 territoires ruraux prioritaires.

de travail par thématique ou par public. C'est un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant « l'empowerment » pour les personnes ayant des troubles psychiques. Il aide à :

- repérer les données épidémiologiques et sociodémographiques disponibles ou à recueillir.
- connaître et partager l'état des ressources existantes sur le territoire, ainsi que les besoins de santé et leurs déterminants repérés par les acteurs, les habitants et les usagers.
- Coordonner le partenariat
- Développer une stratégie locale répondant aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès aux soins et de continuité de ceux-ci, ainsi que d'inclusion sociale.

Figure 10 : fonctionnement d'un CLSM



Fonctionnement du Conseil Local de Santé Mentale

Selon une enquête faite par le CC-OMS³⁸ en 2014 (Les 5 CLSM qui ont participé à l'étude nationale CCOMS de 2014 sont Aubervilliers, Bondy, Montreuil, Tremblay en France et Pavillons sous-bois), les actions des CLSM sont variables mais les trois principales sont :

- 80 % des CLSM ont mis en place une cellule de cas complexe (RESAD) ;
- 75 % ont une commission logement/ habitat ;
- 60 % ont une commission information en santé mentale et organisent les Semaines d'information sur la santé mentale (SISM).

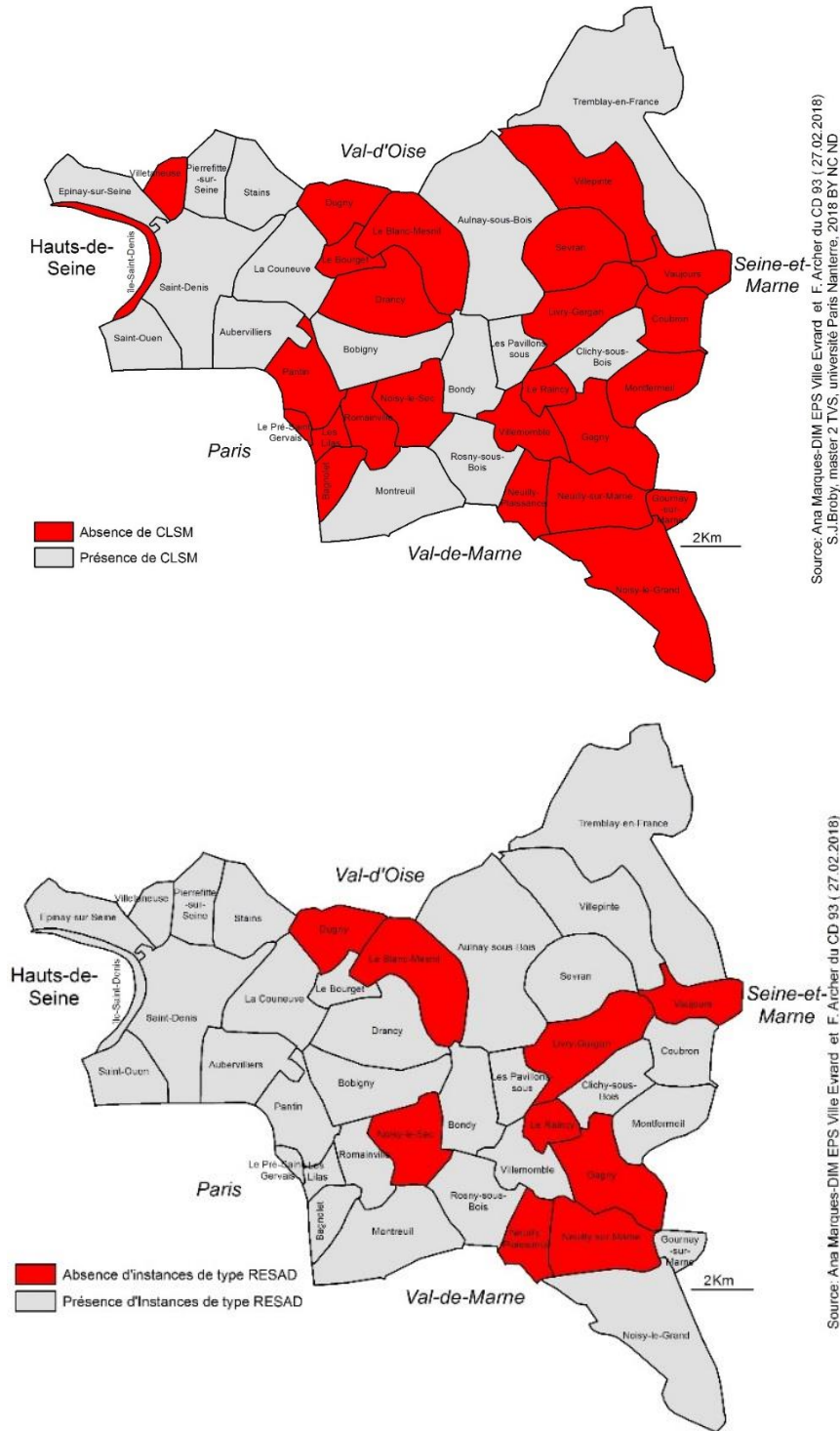
Un état des lieux des CLSM en 2018 vient de paraître et par rapport à l'enquête précédente on note que face aux changements législatifs, sociétaux ou encore démographiques, les priorités évoluent, ainsi près de la moitié des CLSM réalisent un travail d'observation et de diagnostic pour répondre aux attentes des PTSM et un tiers a constitué un groupe pour intégrer les usagers au CLSM.

³⁸ Le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Les CLSM en Seine-Saint-Denis

Selon les données les plus récentes de la direction départementale (DD93), la SSD dispose de 14 CLSM (carte 22). La population desservie par ces CLSM est variable entre 34 000 et plus de 100 000 personnes (dans l'enquête CCOMS certains CLSM couvrent des populations de plus de 800 000 personnes). La carte montre qu'il existe encore des « zones blanches ».

Carte 22 : communes disposant d'un CLSM et d'une RESAD en Seine-Saint-Denis 2018



Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)

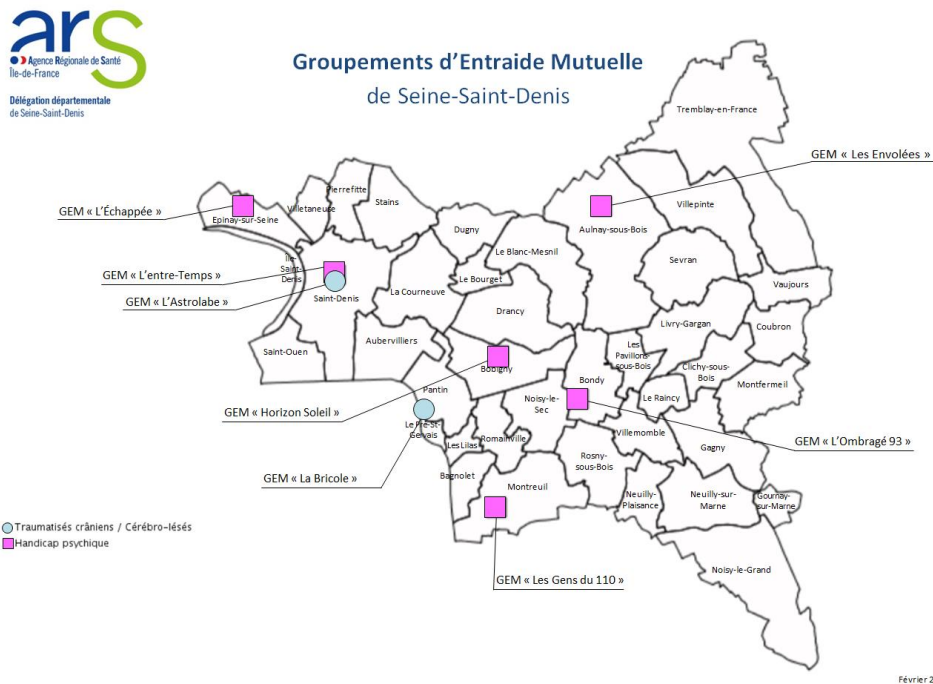
Introduits par la loi « handicap » du 11 février 2005, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs de prévention et de compensation de la restriction de la participation à la vie sociale organisés sous forme associative. Ils accueillent des personnes aux troubles de santé similaires qui les mettent en situation de fragilité ; les personnes concernées connaissent cependant des troubles pouvant varier fortement en termes d'intensité et de répercussion sur l'autonomie, ainsi que des parcours de vie et des conditions sociales très hétérogènes. Les GEM reposent sur la philosophie de la « pair-aidance » : en regroupant des personnes ayant des difficultés communes, ils valorisent le soutien mutuel et facilitent le lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du GEM. Le principe général est une autogestion par les personnes fréquentant le GEM, qui doivent décider du mode de fonctionnement, tant aux niveaux administratif et financier qu'au niveau de l'organisation interne du GEM (règlement intérieur, activités...). Soutenu par un « parrain », qui a notamment pour mission de le soutenir lors d'éventuelles difficultés, le GEM peut également être aidé par une association gestionnaire. Les animateurs du GEM, professionnels salariés ou bénévoles, viennent en appui aux membres du GEM dans la gestion quotidienne et n'ont pas la fonction classique de « travailleur social ». En résumé, les GEM ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles. Ce sont des lieux de rencontre, d'échange et de soutien entre les adhérents, dont l'objectif premier est la création d'un lien social et la lutte contre l'isolement. Ils n'ont pas vocation à délivrer des prestations et des services médico-sociaux, mais peuvent favoriser l'accès aux soins et à un accompagnement médico-social de leurs adhérents, notamment par le développement de relations et de réseaux avec les institutions compétentes en la matière. Ainsi le GEM est un lieu de rencontre non médicalisé, mais pouvant contribuer au processus de rétablissement.

Depuis 2011, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) assure la gestion du dispositif qui est financé sur son budget. Le financement est ensuite alloué aux agences régionales de santé (ARS) après une notification de crédits faite par le directeur de la CNSA. Au niveau régional, les ARS assurent le pilotage du dispositif et sont chargées de l'allocation des crédits aux GEM de leur région sous forme d'une subvention versée à chaque association constitutive d'un GEM ou à l'association gestionnaire du GEM. Un conventionnement et un financement public sont ainsi possibles pour les GEM qui reçoivent des personnes présentant des troubles psychiques, un traumatisme crânien ou toute autre lésion cérébrale acquise. Ce financement est conditionné par le respect, dont s'assurent les ARS, du cahier des charges annexé à l'arrêté ministériel du 13 juillet 2011, modifié par l'arrêté ministériel du 18 mars 2016, qui fixe les principes d'organisation et de fonctionnement des GEM, ainsi que leurs modalités de conventionnement et de financement. La subvention accordée et versée aux GEM sert principalement au recrutement et à la rémunération du personnel (animateurs).

Il existe actuellement 7 «GEM » en Seine-Saint-Denis : Bobigny, Bondy, Montreuil, Saint-Denis, Epinay sur Seine, Saint-Ouen, Aulnay-Sous-Bois.

En Seine-Saint-Denis, le SAVS Les Trois Rivières qui intervient dans douze communes est partenaire des GEM de Saint-Denis et d'Epinay sur-Seine. Le SAVS accompagne des personnes en situation de handicap psychique ou mental, sur orientation de la MDPH, dans l'accès aux droits, le parcours de soins et des activités de la vie quotidienne, dans la perspective de gagner en autonomie. Outre ces missions habituelles, le SAVS propose les vendredis de 16h à 19h un accueil ouvert aux personnes qu'elles accompagnent et aux « gemmeurs » (les personnes fréquentant les GEM du territoire). Cela permet aux personnes de développer des actions qu'elles ont choisies et mieux connaître les structures présentes sur les territoires et les aides disponibles. Cet accueil ouvert s'appuie et participe à la dynamique locale partenariale.

Carte 23 : les GEM de SSD



LA TRAME

La trame est un dispositif expérimental d'accueil, d'échange et d'orientation à l'intention de toutes les personnes habitant dans le Nord-Ouest de la Seine Saint Denis et qui se sentent concernées par la question de la souffrance psychique. Co-pilotée par la Mutuelle la Mayotte (association gestionnaire de 6 Groupes d'Entraide Mutuelle en Seine-Saint-Denis et dans le Val d'Oise) et l'association « A Plaine Vie » qui marraine les G.E.M de Saint-Denis et d'Epinay sur Seine, le projet de la Trame est financé trois ans par la CNSA, l'ARS, le conseil départemental, la Fondation de France et les Politiques de la ville. Un projet d'expérimentation du même type est porté par l'Association Bol d'air à Montreuil, pour une structure couvrant Montreuil, en recherche d'un financement actuellement. Ce dispositif est innovant comme inclusion citoyenne, permettant la participation d'usagers et encourageant « l'empowerment », et pragmatique en accompagnant les patients vers le soin si besoin.

Les trois principes de la trame

- L'accueil, l'information et l'orientation. Un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques, leurs familles et leurs amis ni ne connaissent et ni ne fréquentent les services sanitaires, médico-sociaux et sociaux sur lesquels ils pourraient s'appuyer. Ces personnes sont souvent présentes dans les lieux d'accueil accessibles à tous (te)s (G.E.M., maisons de quartier, médiathèques, maison de la vie associative, services sociaux...). Produire un travail d'accueil, d'information et d'orientation dans leur direction est un enjeu particulièrement important sur un territoire où la précarité socio-économique, les parcours familiaux et migratoires intensifient les fragilités et la distance entre les personnes et les institutions.
- L'accompagnement des personnes hors ou en rupture de prise en charge ou bénéficiant d'un accompagnement partiel. De nombreux accompagnements présentent des ruptures et délais d'attentes ne favorisant pas la continuité des soins. Il s'agit ici de proposer des accompagnements temporaires tout en mobilisant les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire pour offrir un accueil et un accompagnement plus cohérents.
- Changer les représentations autour de la souffrance psychique et faire évoluer les pratiques. Accueillir, soigner et accompagner au sein de la communauté oblige également à un travail de modification du regard des professionnels et des non-professionnels sur la souffrance psychique. Des actions de sensibilisation en direction du grand public des professionnels et des futurs professionnels sont également menées dans la cadre de la Trame.

Les réseaux/dispositifs/structures impliqués dans la santé mentale

Les usagers et les aidants installés en SSD : UNAFAM³⁹, Bol d'air, A plaine vie, Vivre autrement.
Pour les autres voir annuaire psycom93 page 117

En Seine-Saint-Denis, l'UNAFAM a largement participé à la rédaction du projet médical d'EPS-VE. Cette association contribue à la mise en place d'une réflexion et d'actions en faveur des familles qui s'illustrent par la mise en place de groupe de paroles dans le département (encadré).

Groupes Familles animés par une psychologue rémunérée par l'UNAFAM 93 (tous les mois) :
<ul style="list-style-type: none"> • Aulnay-sous-Bois (107 familles suivies en 2018) • Montreuil (56) • Neuilly-sur-Marne (51) • Aubervilliers (38)
Groupes Familles/Psy rencontres avec le secteur de Psychiatrie (tous les 2 mois) :
<ul style="list-style-type: none"> • Rosny-sous-Bois (G09) • Montreuil (G10) • Neuilly-sur-Marne (G16) • Bondy (G14) • Aubervilliers (06) • Trois secteurs de Robert Ballanger
Groupes Pédopsychiatrie/Familles/UNAFAM (tous les mois en alternance) :
<ul style="list-style-type: none"> • Noisy-le-Grand • Rosny-sous-Bois • Bondy
<p>Groupe What's app famille (105) Cafés –rencontres thématiques (p17, rapport UNAFAM 2018).</p>

L'association **Bol d'Air**, créée en 2007, participe au soutien des personnes avec troubles psychiques dans le département en promouvant un lieu de vie, des services et des activités à destination de ce public, en vue de restaurer leur autonomie et leur insertion sociale. L'association Bol d'Air est affiliée à l'UNAFAM, et parraine le GEM de Montreuil depuis 2008 (également nommé « les gens du 110 » par ses adhérents), ainsi que ceux de Bondy et Bobigny depuis 2017.

Elle travaille en étroite collaboration avec le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) de la Ville de Montreuil créé en 2012, dont elle est membre du COPIL.

« **A Plaine Vie** » est une autre association de Seine-Saint-Denis, créée en 2006 : elle parraine le GEM de Saint-Denis « L'Entre-temps », ainsi que celui d'Epina-sur-Seine, « Le Rebond ». Elle veille à leur bon fonctionnement, recherche les moyens financiers pour leurs activités, et apporte des réponses à leurs besoins (accompagnement, logement, emploi)⁴⁰.

³⁹ L'UNAFAM, association reconnue d'utilité publique, est constituée d'un siège national (une présidente, Marie-Jeanne RICHARD, un bureau et un conseil d'administration, une quinzaine de salariés), de délégations régionales et départementales. Au sein des délégations départementales réparties sur tout le territoire, les bénévoles de l'UNAFAM se relaient pour aller au plus près des proches de personnes vivant avec un trouble psychique afin de les accueillir, les écouter, les informer, les accompagner, les former, les aider à sortir de l'isolement, et défendre l'accès aux soins et aux droits des personnes malades psychiques et leurs intérêts. A ce jour l'UNAFAM compte près de 15000 adhérents dont 200 en Seine Saint Denis et une quinzaine de bénévoles très actifs sur le terrain.

⁴⁰ <https://www.maisondelasante.fr/2018/02/06/rejoignez-lassociation-a-plaine-vie/>

L'association « **Vivre Autrement** » créée en 1989 en Seine Saint Denis est, elle, engagée dans des actions d'accompagnement social et professionnel en direction d'adultes en situation de handicap. Vivre Autrement gère 3 ESAT (Établissements de service et d'aide par le travail) dans le département. Ces établissements favorisent l'emploi des personnes en situation de handicap tout en permettant aux entreprises partenaires d'externaliser certaines tâches⁴¹.

Réseau AC SANTE

Le réseau AC santé 93 a pour objectif la prise en charge pluridisciplinaire globale et continue des malades atteints d'un cancer, d'une maladie chronique grave et/ou en vulnérabilité en Seine-Saint-Denis. Il vise à promouvoir une activité coordonnée de la prise en charge des pathologies cancéreuses au sein de ce département et aussi d'être en appui à la coordination des parcours de santé de personnes touchées par une maladie chronique grave et/ou en grande précarité. Les Critères d'inclusion sont :

- Habiter le 93, avoir un cancer, et/ou une maladie chronique grave et/ou un diabète/obésité ou proche d'un malade, et être en situation de précarité (Score EPICES >30)
- Cancer grave / maladies chroniques graves/co morbidités / addictions / handicap préexistant
- Souffrance psychique / troubles psychiatriques

Sur le modèle de la RCP⁴² somatique a été mis en place par ce réseau une RCP sociale. Cette RCP sociale est « réservée » aux situations les plus complexes. Il s'agit de personnes qui rencontrent des problématiques telles que les parcours de soins/de santé ne pouvant pas se mettre en place ; ou également des personnes qui rassemblent autour d'elles une multitude d'intervenants peu ou pas coordonnés et informés entre eux ; ou encore des personnes dont la situation va justement nécessiter plusieurs expertises et intervenants, auquel cas le réseau propose de coordonner leurs actions et mettre en place un projet. Comme dans le cadre de l'élaboration du Programme Personnalisé de Soins (PPS) qui est élaboré lors de la RCP médicale, lors de cette RCP sociale est élaboré un Parcours Coordonné Personnalisé (PCP) qui permet de mettre en place les soutiens, ouvertures de droits et toutes les actions nécessaires au bon déroulement d'un parcours de santé.

Autres réseaux : océane⁴³, arc en ciel⁴⁴, MAIA ...

MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des **personnes âgées de 60 ans** et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont :

- la continuité des parcours des personnes âgées – autrement dit, éviter les ruptures de prise en charge – dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes (secteur social, médico-social et sanitaire) ;
- la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas ;
- le soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse. Le cahier des charges MAIA est défini dans le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 (nouvelle fenêtre).

MAIA est composée de 3 mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas.

⁴¹ <https://reseaux-business.com/business/vivre-autrement>

⁴² Réunion de concertation pluridisciplinaire

⁴³ Océane est un réseau de soins palliatifs qui intervient depuis 17 ans au domicile et dans les établissements médico-sociaux, en situation complexe. Son équipe de coordination est composée d'infirmier, psychologue et médecin et secrétaire. Son pôle gérontologique, quant à lui, est ouvert depuis 2014 et l'équipe se compose d'une assistante sociale, d'une psychologue et d'un infirmier.

⁴⁴ Réseau de soins palliatifs et de soins de support

EN SSD, il existe trois territoires MAIA : le Nord, le sud-ouest et le sud-est

Point accueil écoute jeune (PAEJ)⁴⁵

Les Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ) au nombre de 8 en SSD, sont de petites structures conviviales et disséminées dans le territoire, volontairement proches des jeunes et complémentaires des maisons des adolescents (MDA). Les PAEJ offrent une écoute, un accueil et une orientation aux jeunes âgés de 12 à 25 ans et peuvent accueillir les parents. Ces structures accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez-vous, seul ou en groupe jeunes et/ ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large : mal être, souffrance, dévalorisation, échec, attitude conflictuelle, difficultés scolaires ou relationnelles, conduites de rupture, violentes ou dépendantes, décrochage social, scolaire. Cet accueil est subsidiaire aux dispositifs existants et de droit commun et n'offre pas de soin.

Le groupe d'appui en santé mentale et action sociale

En Seine-Saint-Denis, la DDASS93 a instauré en 2005 une Commission départementale Santé Mentale/Action Sociale (appelé aussi groupe d'appui) réunissant les acteurs concernés. Elle a dégagé trois axes de travail, en termes de stratégies de liaison : le soutien aux processus de concertation locale⁴⁶, la création d'équipes spécifiques⁴⁷ et la mise en place d'une formation, adressée aux intervenants « non psy »⁴⁸ du département, appelée Formation Action Sociale/Santé Mentale (FASSM). Depuis 2006, plus de 450 personnes ont été formées gratuitement⁴⁹, grâce à la subvention annuelle accordée par l'Agence Régionale de Santé d'Île de France. Depuis sa conception, l'évaluation est une dimension privilégiée de la démarche de formation. Ainsi, un cahier d'évaluation est donné aux participants dès le premier jour, leur permettant d'évaluer chacun des 12 modules⁵⁰ à l'aide de questions ouvertes et fermées. De plus, la dernière demi-journée est dédiée à une séance d'évaluation, basée sur les échanges des participants à partir des cahiers d'évaluation, de leurs souvenirs, mais aussi de leurs attentes et suggestions. Cet exercice leur permet de poser un regard sur l'ensemble du processus en le partageant avec le groupe, ce qui favorise la poursuite de la réflexion et constitue une étape essentielle à la formation, un module à part entière. La FASSM contribue de façon importante, dans le département du 93, à l'articulation entre la psychiatrie et les autres professionnels intervenant auprès de personnes en situation de souffrance psychique. Elle contribue concrètement au changement des pratiques professionnelles : les acteurs repèrent mieux les situations de souffrance et orientent les personnes de façon plus adaptée, créant ou relançant des partenariats avec les structures psychiatriques et, plus largement, en participant aux instances de concertation locales. Dans cette mesure, elle favorise ce processus d'ouverture de la psychiatrie au dialogue avec d'autres acteurs présents sur son territoire.

Le DITSA devenu DIH (dispositif intégré handicap)

Dispositif expérimental mis en place depuis 2016 en SSD, financé par l'ARS, porté par l'association vivre et devenir, avec pour objectif d'ouvrir le chemin d'une intégration d'une offre sanitaire, médico-sociale, éducative et pédagogique dans le domaine des TSA. Le DITSA recense les ressources, conçoit des outils de parcours (exemple un annuaire partagé) et gère au cas par cas les situations complexes. ditsa93.pilote@adv.asso.fr

⁴⁵ AMICA Lieu d'accueil 4, allée Albert Camus 93390 CLICHY SOUS BOIS. ASSOCIATION SANTÉ MENTALE ET CULTURE Lieu d'accueil 29, rue Gabriel Péri 93200 SAINT DENIS. IRIS siège social et lieu d'accueil 4 cours de la République 93140 BONDY. LEA Lieu d'accueil point jeune 32, rue de Stalingrad 93100 MONTREUIL. LEA Siège social et Lieu d'accueil point parent 233 Boulevard Aristide Briand 93100 Montreuil. MOSAÏQUE Lieu d'accueil 27, rue Henri Barbusse 93300 AUBERVILLIERS. SADDAKA Cité de l'Europe 9 allée de Londres 93600 Aulnay. LE KIOSQUE 167 rue de Paris 93260 Les Lilas

⁴⁶ Par exemple, les Réunion d'Évaluation des Situations d'Adultes en Difficulté (RESAD).

⁴⁷ Il s'agit notamment d'Équipes mobiles de psychiatrie-précarité et de la PASS-psy : Permanence d'accès aux soins de santé somatiques en milieu psychiatrique.

⁴⁸ Il est devenu habituel en sociologie de nommer collectivement d'intervenants « psy » les psychiatres et les psychologues, mais aussi les infirmiers et autres professionnels travaillant en psychiatrie. Ainsi, une assistante sociale en psychiatrie sera considérée comme intervenante « psy ». Tous les autres intervenants sont ainsi dits « non psy ». Pour plus de précisions, voir Marques, 2010 ou Dodier et Rabeharisoa, 2006.

⁴⁹ En trois à cinq groupes par an, d'une vingtaine de participants chacun. La Formation Action Sociale/Santé Mentale se déroule à l'EPS de Ville Evrard, sur une durée de 6 jours, par sessions de 2 jours réparties sur 3 mois, ce qui permet un temps de retour sur le terrain et d'appropriation des contenus entre les sessions.

⁵⁰ Les modules portent sur des thèmes tels que l'organisation des soins en psychiatrie, les notions de base sur les troubles psychiatriques, discussion autour de situations de violence, le rôle de l'infirmier et de l'assistant social en psychiatrie, etc.

Dispositif départemental de prévention de la maltraitance

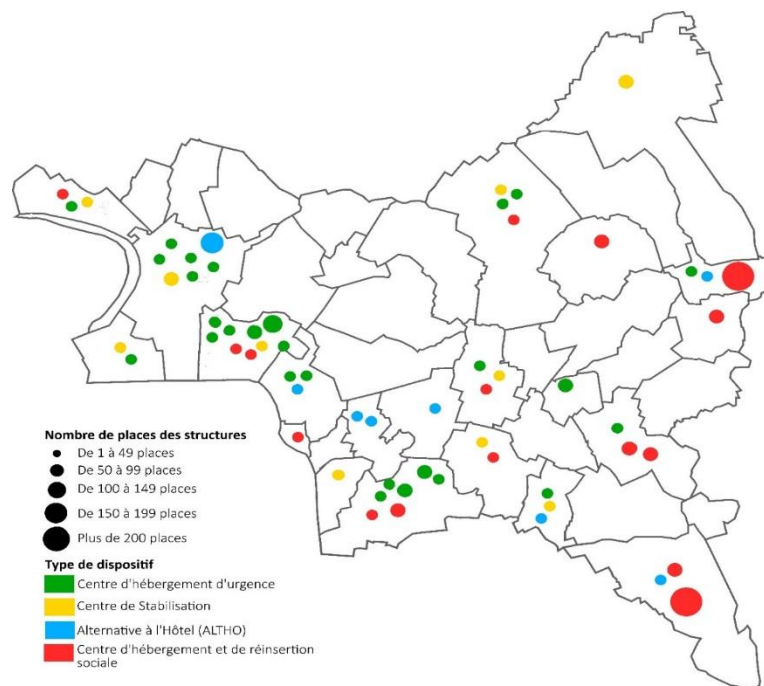
Pour les personnes âgées et/ou handicapées et les difficultés du maintien à domicile, une cellule inter institutionnelle se réunit tous les mois au conseil départemental. Cette cellule est constituée d'un réseau partenarial de professionnels du champ médico-social et juridique : DPAPH, MDPH, service social départemental, services de l'UDAF (mandataires judiciaires) et des services sociaux hospitaliers.

Concrètement: 1 cellule par mois se tient à Bobigny. Le médecin du CD93, et les référents du CD présentent la situation (connue par des alertes soit par le numéro vert (3977), soit par courrier. Les partenaires analysent collectivement et formalisent des préconisations. La coordination de l'action sociale est membre permanent et selon les situations, sollicitent les pôles de psychiatrie par le biais des assistants sociaux.

Mise à l'abri/hébergement/logement : Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)

Le SIAO est une plateforme unique départementale de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et de l'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes sans domicile. Cette plateforme, créée en 2011 s'adresse à toutes personnes sans-abris ou mal logées. Elle recense les demandes d'hébergement et toutes les places d'hébergement départementales (centre d'hébergement d'urgence [CHU], centre d'hébergement de stabilisation [CHS], centre d'hébergement et de réinsertion sociale [CHRS], foyer de jeune travailleur, résidence sociale, maison relais/pension de famille, résidence accueil51, ... ; de la rue au logement). En 2017, le SIAO de SSD a orienté 1450 demandes sur les 6400 demandes reçues, soit environ 12 000 personnes. Parmi eux environ 30% ont des troubles psychiatriques sévères⁵². Le SIAO de la SSD est porté par Interlogement 93, fondée en 1990, qui est une association fédérant 45 associations intervenant dans le champ de la lutte contre les exclusions en SSD. Il est à préciser qu'Interlogement 93 porte aussi le 115 et le déploiement, en collaboration avec le CD, du Logement d'Abord en SSD.

Carte 23 : Localisation des dispositifs d'hébergement en SSD



Le SIAO est opérationnel

1. En participant à l'accès à l'hébergement des populations précaires souffrant de troubles psychiatriques et/ou d'addiction
2. En agissant pour le maintien ou l'accès au logement, accompagné ou autonome (par exemple : Plateforme Logement et santé mentale portée par le bailleur social Plaine Commune Habitat à Saint-Denis)

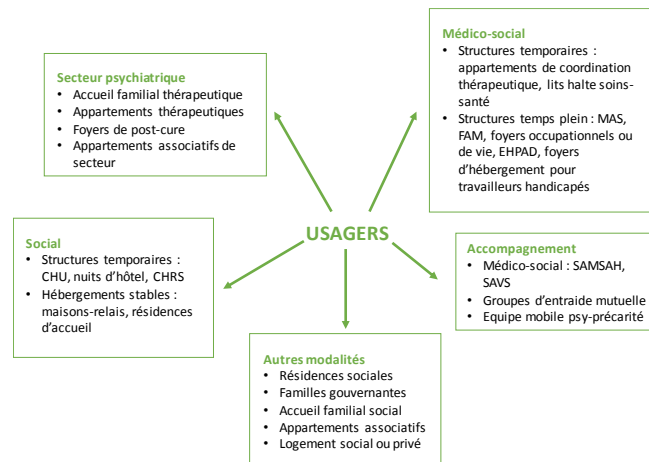
⁵¹ Pour ces quatre derniers dispositifs, le Siao gère le contingent préfectoral.

⁵² Rapport Samenta, tableau A13, p149. Tu y fais en outre référence au début du document.

3. En gérant l'habitat inclusif (pension de famille/maison-relais)

Les dispositifs sont nombreux en SSD et vont de la mise à l'abri au logement en passant par les solutions d'hébergement souvent temporaires.

Figure 11 : Alternatives d'hébergement pour les patients suivis en psychiatrie



Les maisons relais (ex pensions de famille) sont des structures de petite taille comprenant plusieurs logements privatifs adaptés, majoritairement de type T1, avec des lieux collectifs de convivialité. Elles s'adressent à des personnes à faible niveau de ressources et dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde. Leur situation sociale et/ou psychologique, (voire psychiatrique), ne leur permet pas l'accès à un logement ordinaire. Un personnel s'occupe du fonctionnement de la maison relais, exerce une veille sur la santé des locataires et anime avec eux des moments festifs... L'orientation se réalise principalement via le SIAO. Les personnes sont locataires de la maison relais, elles peuvent y demeurer aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

- **Les résidences accueil** sont spécialisées dans l'accueil de personnes handicapées psychiques. Elles s'articulent avec le secteur psychiatrique et un service d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH), afin d'assurer la continuité des soins et l'accompagnement social nécessaires à ces personnes. Elles s'adressent à des personnes dont les troubles sont assez stabilisés pour leur permettre de vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence. Souvent ces structures sont liées à une équipe de soins psychiatriques par une convention. Les personnes financent leur logement par l'AAH et peuvent y recevoir les soins dont elles ont besoin par l'équipe du secteur psychiatrique. L'orientation se réalise principalement via le SIAO.

- **Autres dispositifs de prise en charge existants :**

- ✓ **L'Accueil Familial Thérapeutique** est une autre forme alternative à l'hospitalisation puisque ce dispositif s'adresse à des personnes (adulte ou enfant) qui sont accueillies auprès de familles agréées afin de poursuivre un suivi, hors structure hospitalière, mais en milieu familial car le retour à domicile ne paraît pas toujours souhaitable ou possible. L'orientation se réalise via un professionnel de santé (médecin psychiatre).

- ✓ **L'Appartement associatif** accueille des malades stabilisés dans des logements, individuels ou collectifs. Ces appartements sont gérés par des associations ayant signé une convention avec l'hôpital de référence, qui mandate du personnel de soins afin de fournir un suivi médico-social des personnes. L'orientation se réalise souvent via le service de psychiatrie avec un contrat de soins liant la prise en charge sanitaire et sociale. Des informations complémentaires sont disponibles sur le site de l'ARS.

- ✓ **L'Appartement Thérapeutique et la Maison Communautaire** sont des unités de soins à temps complet dépendant du secteur de la psychiatrie, à destination des personnes nécessitant une présence importante de personnel soignant. L'accès à ces unités constitue une étape intermédiaire entre la sortie d'hôpital et le retour dans une structure médicosociale ou dans un logement accompagné. L'orientation se réalise via le service de psychiatrie.

- ✓ **Le centre – Foyer post cure** : ces unités de soins de moyen séjour sont rattachées au secteur de la psychiatrie, et sont destinées à poursuivre la prise en charge pour des patients ayant eu une longue durée d'hospitalisation et nécessitant une réadaptation progressive. Ce sont des formes d'hospitalisation prises en charge à temps plein. L'orientation se réalise par prescription médicale. Certaines associations porteuses de telles structures se sont

spécialisées dans l'accompagnement de personnes en souffrance psychique, comme l'Elan retrouvé, Aurore, Œuvre Falret... Leurs sites internet disposent d'un grand nombre d'information pratiques (coordonnées d'autres associations ressources, littératures ressources dans le secteur de la santé mentale, etc.). Par ailleurs, certaines associations mettent en place des activités de remobilisation des personnes en situation de précarité via des activités sportives et/ou culturelles comme Un Ballon pour l'Insertion,...

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) statut spécial qui est celui notamment des expérimentations « Un chez soi d'abord » pour l'instant non implantées dans le 93. Il existe 22 places de ce type (ACT) à Montreuil correspondant à des studios répartis dans de l'habitat diffus, gérés par Emmaüs alternative et sur la base d'une mutualisation des prestations MDPH ⁵³

Tableau 20⁵⁴ : pensions de familles (PF) et résidences accueil (RA)

Nature de l'outil	Localisation	Secteur	Hôpital de Référence	Porteur	Appellation	Nombre de places	Public
Pf	Aubervilliers	Secteur 06	EPS-VE	Adoma	S Martorell	36	Isolé, Couple
Pf	Epina y s/Seine	Secteur 03	EPS-VE	ADN 93	Flora Tristan	30	Isolé
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	EPS-VE	Emmaüs Solidarité	Courvilliers	25	Isolé, Couple
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	EPS-VE	Emmaüs Solidarité	Berger	28	Isolé, Couple
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	EPS-VE	Aurore	M Yourcenar	15	Isolé, Couple, famille
Pf	Montreuil	Secteurs 10/11	EPS-VE	Aurore	Molière	25	Isolé
Ra	Montreuil	Secteurs 10/11	EPS-VE	Aurore	E Branly	5	Isolé
Pf	Pantin	Secteur 13	EPS-VE	Le Refuge	Nr	28	Isolé, Couple
Pf	Pavillon s/Bois	Secteur 14	EPS-VE	Acsc Cité Myriam	Vauban	20	Isolé
Ra	Pavillon s/Bois	Secteur 14	EPS-VE	Acsc Cité Myriam	Vauban	12	Isolé
Pf	Sevran	Secteur 17	R Ballanger	Adoma	La Morée	28	Isolé
Ra	Villepinte	Secteur 08	R Ballanger	Association de Villepinte	Nr	21	Isolé
Ra	Villepinte ⁵⁵	Secteur 08	R Ballanger	Association de Villepinte	Nr	25	Isolé
Pf	Clichy s/Bois ⁵⁶	Secteur 15	EPS-VE	HS 93	L'Auberge Sociale	26	Isolé, Couple

Insertion professionnelle

Le taux d'accès à l'emploi des malades psychiatriques est très faible (moins de 20%) or 50 à 70% d'entre eux veulent et peuvent travailler. L'insertion dans l'emploi est accompagnée de plus d'estime de soi, de plus de contacts

⁵³ Ce type d'appartements existe depuis longtemps dans la ville du Havre protégée par « côté cour » <http://www.asso-cotecours.fr/>

⁵⁴ Src : Guide FAS Ile de France

⁵⁵ Ouverture prévue au 01/08/2018

⁵⁶ En cours de réhabilitation

sociaux et d'autonomie, et de moindre recours aux soins. De nombreux outils existent pour aider ces personnes à s'insérer (voir le site de C3RP). Quant aux structures elles sont souvent liées à des ESAT (ESAT IRIS Messidor, ESAT Vivre autrement pour ne citer qu'elles en SSD etc.). Une expérimentation est en cours en SSD pour aider l'insertion professionnelle d'autistes adultes dans l'emploi et le logement avec la société SERVAIR pour la livraison de repas à l'aéroport de Roissy (vivre et travailler autrement).

Promotion à la santé et prévention

Quelques exemples de programme de prévention en santé mentale et de promotion à la santé mentale, mis en place en SSD :

Sentinelle et référents :

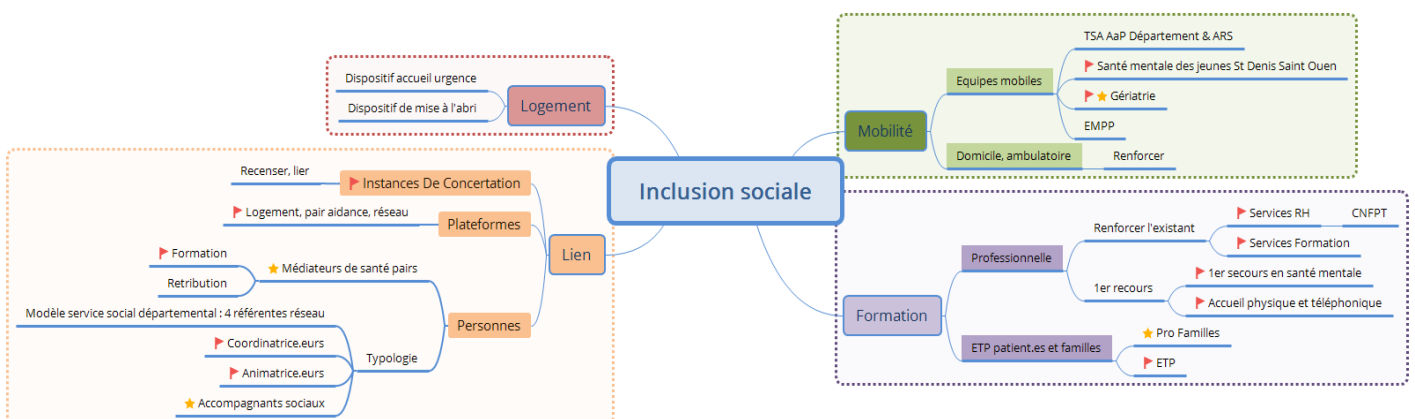
Il s'agit d'un dispositif de prévention du harcèlement en milieu scolaire, de lutte contre le phénomène de bouc-émissaire, de prévention des conduites à risque et du suicide, en place depuis plusieurs années dans le département, dans différents établissements scolaires. Dans l'établissement, une formation est réalisée associant les adolescents, des membres de l'équipe pédagogique, administrative et technique, mais aussi des parents et partenaires extérieurs. Le programme va former des Sentinelles (les adolescents) pour qu'ils puissent repérer le phénomène et en référer aux Référents (les adultes formés). La pérennisation du dispositif est assurée par la formation des Référents au recrutement et à la formation de nouvelles Sentinelles

Plateforme territoriale pluri professionnelle de CPS

Projet mis en place par la Ville de Saint-Denis, il s'agit d'améliorer l'information des professionnels du territoire sur les compétences psycho-sociales, renforcer la connaissance sur les démarches existantes et favoriser la coordination et la cohérence territoriale ; en venant en appui aux professionnels de première ligne susceptibles de développer des projets de renforcement des compétences psycho-sociales auprès des enfants, adolescents et parents.

Les funambules

Il s'agit d'un espace d'accueil, d'information, de soutien psychologique et d'accompagnement pour l'entourage, les fratries en particulier, des personnes souffrant de troubles psychiques. Projet qui a vocation à avoir une ampleur régionale mais qui débute en SSD à Bobigny.



ANNEXES

Annexe 1 : l'Offre de soins en addictologie

L'organisation de l'offre de soins d'addictologie en Seine-Saint-Denis est organisée en filière avec :

- **un niveau 1** : qui a pour missions la prévention, les consultations, l'évaluation et la réduction des risques. Les structures en charge sont sanitaires (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie ELSA) ou médico-sociales (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA, Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues CAARUD, et Consultations Jeunes Consommateurs CJC)
- **un niveau 2** : qui a pour missions des consultations spécialisées et des hospitalisations. Les structures en charge sont sanitaires au sein des Centres Hospitaliers
- **un niveau 3** : qui a pour missions des consultations d'expertise, la recherche et la formation. Les structures en charge sont sanitaires au sein de Centre Hospitalier Universitaire

Structures de niveau 1 en SSD

Les **Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie ELSA** ont pour mission de former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins non addictologiques sur les questions du dépistage, du diagnostic, de la prise en charge et de l'orientation des patients. Elles interviennent auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes. Elles vont développer des liens avec les différents acteurs intra ou extra hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi. En SSD, on dispose de **9 ELSA** présentes dans les différents hôpitaux : Avicenne à Bobigny, Jean Verdier à Bondy, René Muret à Sevran, CHI André Grégoire à Montreuil, GHI Le Raincy-Montfermeil, CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois, Hôpital Delafontaine et Hôpital Casanova à Saint-Denis, et l'EPS Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne.

Les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA** sont des structures non sectorisées, anonymes et gratuites. Elles ont pour mission l'accueil, l'information, l'accompagnement médical, psychologique, social et éducatif dans la durée, l'orientation et la réduction des risques des usagers. Certains peuvent héberger une « Consommation Jeunes Consommateurs » (CJC), une possibilité d'hébergement, ou proposer des prises en charge collectives. Ils peuvent également intervenir auprès des personnes détenues ou sortant de prison. En SSD, nous pouvons dénombrer **13 CSAPA** avec certaines spécificités :

- CSAPA généralistes : Hôpital Avicenne à Bobigny (avec une équipe mobile parentalité et addictions), CHI Montfermeil, Clémenceau à Gagny pour les sortants de prison (avec une unité d'accueil de court séjour pour sortants de prison)
- CSAPA pour drogues illicites : Gainville à Aulnay-sous-Bois, Le Corbillon à Saint-Denis, La mosaïque à Montreuil
- CSAPA pour alcool : Rabelais à Montreuil, Saint-Ouen, Saint-Denis, Aubervilliers, La Courneuve, Aulnay-sous-Bois, Cap93 au Blanc-Mesnil

Un projet pilote de lutte contre la récidive à destination des publics ayant des conduites addictives permettant une alternative à l'incarcération est portée par le CSAPA « L'ouvrage » à Aubervilliers.

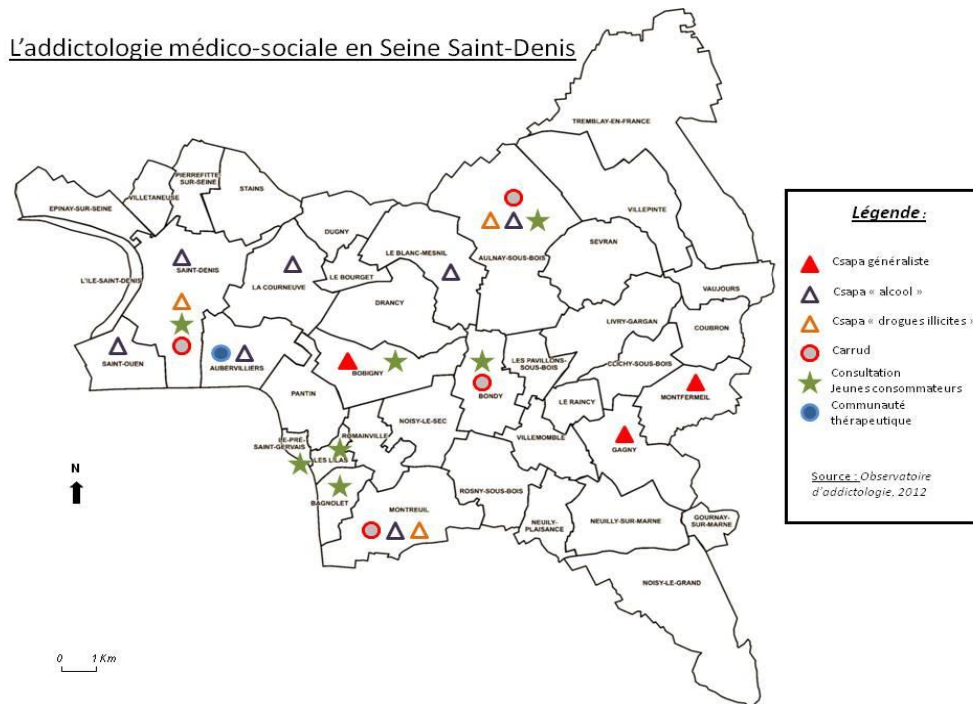
Les **Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues CAARUD** sont des structures non sectorisées, anonymes et gratuites, avec un accueil inconditionnel, qui ont pour missions l'accueil collectif et individuel, l'information, le conseil personnalisé, le soutien dans l'aide à l'hygiène, l'orientation, l'incitation au dépistage des IST pour les usagers de drogues. Ils ont également pour missions la mise à disposition de matériel de prévention, l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, le développement d'actions de médiation sociale et la participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie. En SSD, on dispose de **3 CAARUD** :

- Proses à Montreuil avec une équipe mobile pour Saint Denis,
- Aurore à Aulnay-sous-Bois
- Le Yucca à Bondy

Les **Consultations Jeunes Consommateurs CJC** ont pour missions l'accueil, l'information personnalisée au jeune et sa famille, l'évaluation globale des risques, la prise en charge brève, l'orientation, et des actions de prévention collective. Ils accueillent également des jeunes orientés par la justice. En SSD, on dispose de **6 CJC** :

- 3 sont rattachées à un CSAPA : CSAPA Gainville à Aulnay-sous-Bois, CSAPA Le Corbillon à Saint-Denis (consultation avancée à la MDA CASADO), CSAPA Boucebci à Bobigny (consultation avancée à la MDA CASITA)
- consultation jeune à l'hôpital Jean Verdier à Bondy
- consultation rattachée à l'EPS Ville-Evrard : CMS Les Lilas, CMP Le Pré-Saint-Gervais, CMS Elsa Rustin à Bagnole
- consultation rattachée à la Maison des adolescents (MDA) Amica.

Carte 11 : addictologie médicosociale en SSD (ARS)



Structures de niveau 2 en SSD :

Le service de Gastro-Entérologie du **Centre Hospitalier Delafontaine** à Saint-Denis, permet une hospitalisation complète programmée avec des lits de sevrage simple. La SSD comprend 2 services de **Soins de Suite et de Réadaptation addictologique (SSRa)** :

- Hôpital René Muret à Sevrans : hospitalisation complète en SSRa et hospitalisation de jour
- Clinique Les Platanes à Epinay-sur-Seine : hospitalisation complète en SSRa et hospitalisation de jour

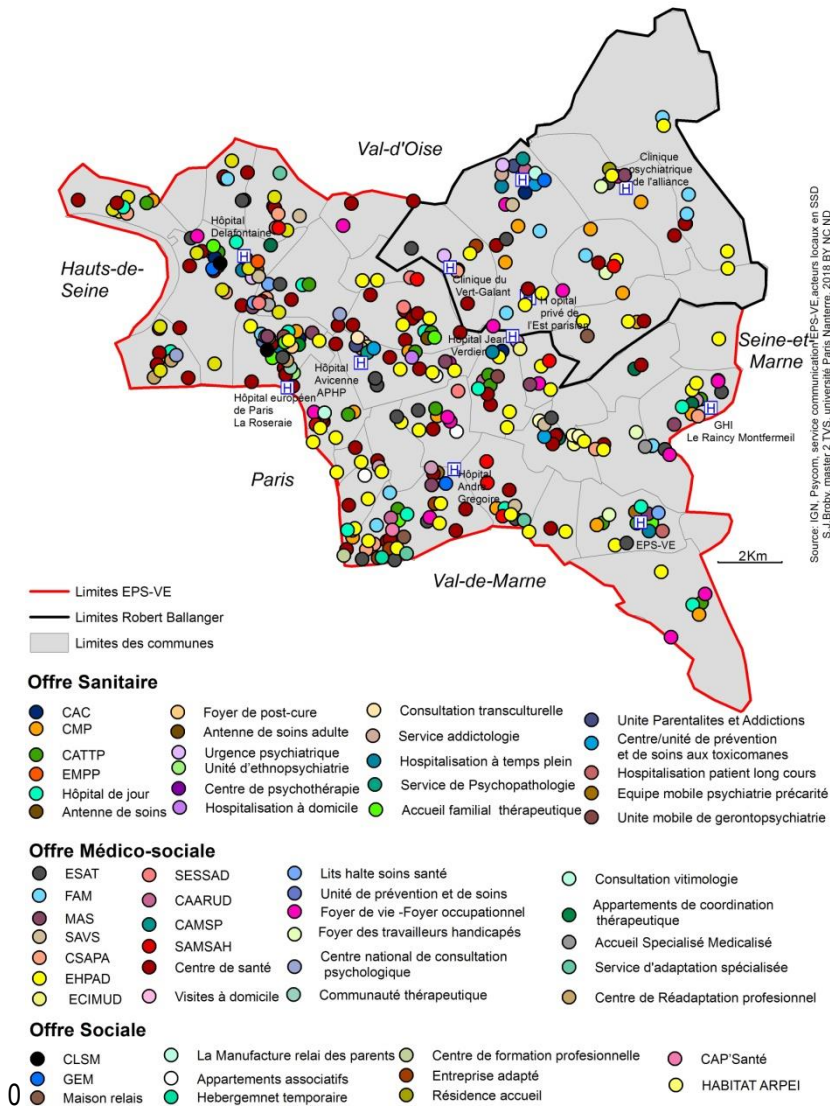
Structures de niveau 3 en SSD :

Le service d'addictologie du **Centre Hospitalier René Muret** à Sevrans permet une hospitalisation complète programmée pour des sevrages complexes.

Annexe 2 : cartographie de l'offre en santé mentale

Comme le montre la carte 24, l'offre de soins est inégalement répartie sur le territoire. Les offres ont tendance à se regrouper autour des centres hospitaliers. Certaines communes ont peu d'offre, notamment les communes de l'est du département. L'établissement public de santé Ville-Évrard est la structure qui représente l'offre sanitaire en santé mentale la plus importante sur le territoire. L'offre de soins en psychiatrie générale est plus concentrée dans l'ouest du département

Carte 24 : Répartition de l'offre de soins en lien avec la santé mentale en Seine-Saint-Denis



L'offre psychiatrique et santé mentale et addictologie en Seine-Saint-Denis

Offre Sanitaire

- Public sectorisé (S)
 - Ville-Evrard (15S PG et 3S PIJ)
 - Robert Ballanger (3S PG et 1S PIJ)
 - Delafontaine (1S PIJ)
- Public universitaire non sectorisé (NS)
 - U- Avicenne (urgences PG et PIJ)
 - U-Jean Verdier (PIJ)
 - U-René Muret (Géronto PG)
- Privé à but non lucratif (NS)
 - HDI Salneuve
 - Jean Macé
- Privé à but lucratif (NS)
 - Clinique Epinay
 - Clinique Villepinte

Psychiatrie générale : 18 secteurs, 810 lits, 317 places hop de jour, 23 CMP, 5 EMPP, 9 ELSA, 1 plateforme somatique, post-cure 2, App.thérap 1, place.fam. 2, hop de nuit 4,
Gérontopsychiatrie : 18 lits
Psychiatrie II : 5 secteurs, 45 lits, 218 places hop de jour (10), hop de nuit 2, 33 CMP, placement fam. 3, centre de crise 1
Adolescents : 3 MDA, 32 (VE) + 8 (RB) lits

Offre Médico-sociale

Adulte	tous	Enfants et adolescents
SAVS = 6	CSAPA =13 CJC = 5 CAARUD = 3	IME = 37
SAS = 5		
SAMSAH = 7		ITEP = 2
FTH = 7		SESSAD = 20
FV (EANM) = 20		CMPP = 11
FAM = 12		CAMSP = 4
MAS = 12		
Rés accueil = 1 Héberg. temp =1		
ESAT = 21		
EPHAD = 67+37		

2856 places enfants, 5146 places adultes (3267 ESAT MAS CRP, 696FAM SAMSAH),1207SAS FV FTH SAVS), 6000 enfants scolarisés en milieu ordinaire.
900 adultes en attente de solution
439 adultes et 100 enfants en Belgique

Offre Préventive et sociale

CLS : 63 en IDF (1/3 en SSD)
CLSM : 13
RESAD : 26
GEM : 6
Centres de santé : 70
Point accueil jeunes :
Fédération action solidarité (FAS)
Ateliers santé ville (ASV) : 24
Hébergement (SIAO)/CTU

Pas de RESAD : Bobigny, Dugny, Gagny, Bourget, Raincy, NSM, NP, Vaujours
 Pas de CLSM : > 20 communes

F o r m a n t i é o n m e a n c t a i l e (F A S S M)

Médicosocial

Structures plus ou moins spécialisées

- Hébergement
 - > EHPAD
 - > FAM
 - > MAS
 - > IME
 - > Foyers
 - > Maison relais
 - > Lieux de vie...
- Foyer de jour, atelier
- SAMSAH / SAVS
- [Travail protégé, ESAT]

Système de ressources

- Tutelle / curatelle
- MDPH

Psychiatres

Psychiatrie secteur public

AS secteur

Secteur

- Hospitalisation complète
- Hospitalisation TP
 - > De jour
 - > De nuit
- Ambulatoire
 - > CMP
 - > CATTP

Intersecteur

- Unités spécifiques
 - > Précarité
 - > Gérontologie
 - > Addictologie

Associatif du sanitaire

- Appartements collectifs

Sanitaire hors psychiatrie

- Gériatrie
- Urgences
- Addictologie
- Urologie
- Médecin généraliste

Psychiatrie secteur privé

- Psychiatrie libérale
- Cliniques privées

Social

Familles

Associations

- GEM
- Familles
- Usagers

Social droit commun

- Hébergement CHRS / autres
- CCAS
- AS (CG)
- Cap Emploi
- Sécu, CMU
- Associatif précarité, croix rouge...

Logement non spécialisé

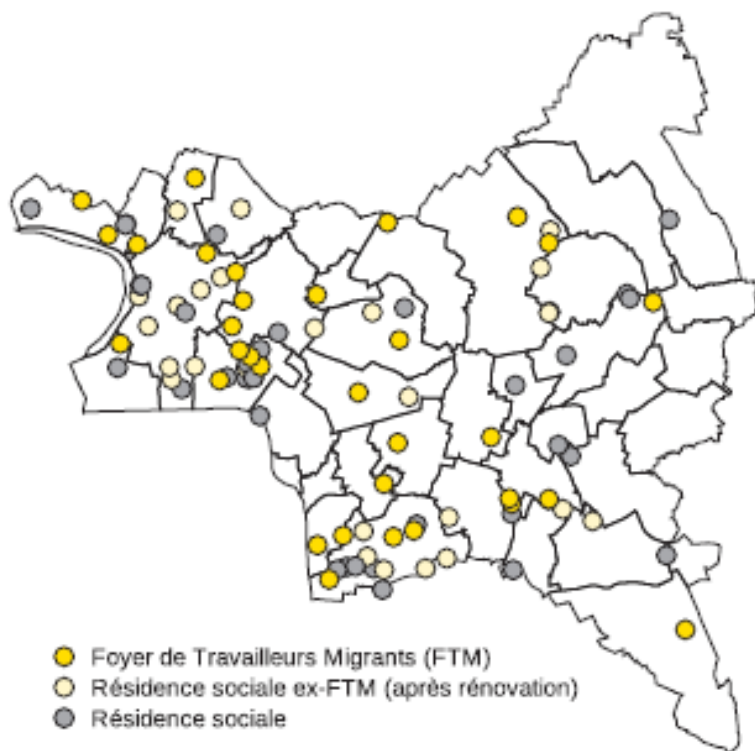
- Logements secteur privé
- Bailleurs sociaux

Travail non spécialisé

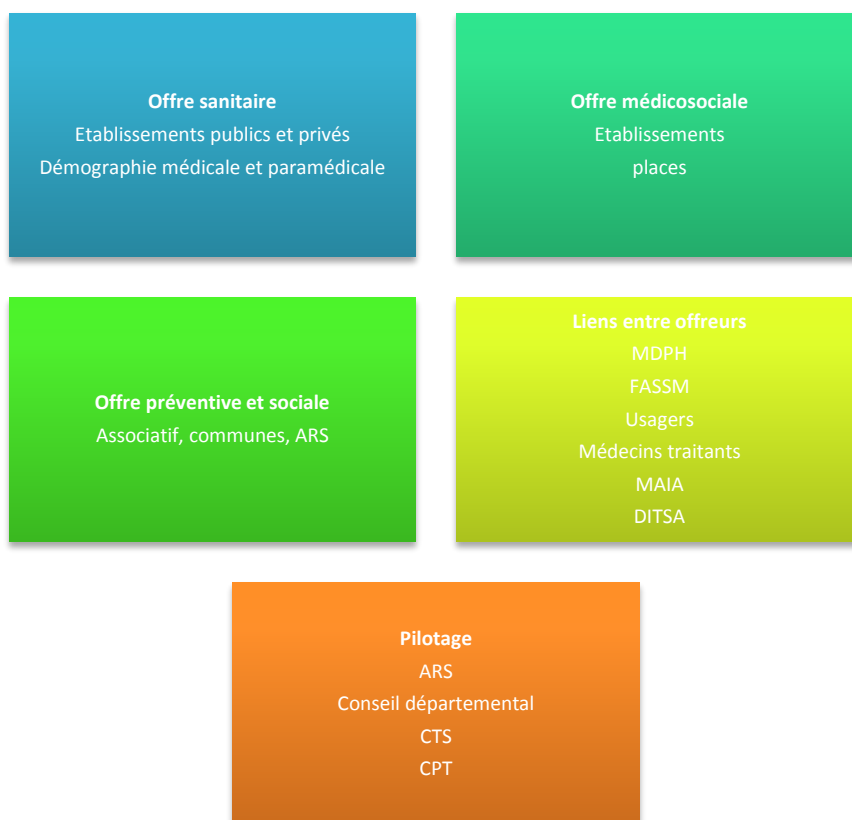
- ANPE
- Entreprise

Annexe 3 : cartographie des foyers de migrants

Foyers à destination des travailleurs migrants (FTM)



Sources : DRIHL Seine-Saint-Denis, 2012



Rédaction

Dr Sophie Cohen, Coordinatrice de la Communauté psychiatrique de territoire (CPT-93) et du Projet territorial de santé mentale (PTSM-93)

Remerciements

Pour leur contribution à ce document :

- Floriane Payet, chargée de mission PTSM
- à la DT 93 : Dr Daniel Pinède médecin psychiatre, Marie Claude Latapie, Anne Garrec
- Stéphane Jung coordonnateur du CLSM ville de Saint-Denis
- Bao-Hoa Dang chargée de mission MAIA Nord
- Ana Marquès, sociologue, EPS-VE
- Nathalie Bompays, responsable de l'action sociale EPS-VE
- Guy Jacquier, département d'information médicale de l'EPS-VE
- Morad Khoudi, contrôleur de gestion de l'EPS-VE
- Les Drs Clementine Rappaport et Toufik Selma (Robert Ballanger), le Dr Jean-Pierre Benoit (Delafontaine)
- Sophie Albert, présidente de la CSSM93 et directrice générale de l'EPS-VE
- Le Dr Noel Pommepuy président du collège médical de la CPT-93, le Dr Clara Kayser (EPS-VE)
- Véronique Hongnard et Huguette Bouraquil, assistantes de la direction générale de l'EPS-VE
- Jasmine Broby Master 2 en géographie de la santé
- Madame Monchablon, psychiatre cheffe de service du relais étudiant Lycéen à la fondation santé des étudiants de France