

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ

Les acteurs du territoire Yvelines Nord se sont réunis en 2019 autour des **six priorités** fixées par le décret

n°2017 – 1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

afin de partager les constats quant aux difficultés rencontrées lors des **prises en charge** et des **accompagnements** des personnes souffrant d'un trouble psychique.

Ensemble, ils ont proposé des pistes d'amélioration et des projets au service de parcours de soins, de santé et de vie coordonnés, gradués et sans rupture.

Priorité 2

Le 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

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

I. PARCOURS DE SANTE SANS RUPTURE : COORDINATION DES ACTEURS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

1. ENJEUX

Pour les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, la mise en place d'un suivi précoce et coordonné réalisé par une équipe sanitaire (notamment équipe de secteur) et une équipe sociale et/ou médico-sociale (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH pour les adultes, SESSAD pour les enfants et adolescents ...) constitue une condition nécessaire pour assurer la continuité et la cohérence du parcours et préserver l'autonomie de la personne, dans une logique de coresponsabilité.

Le projet territorial de santé mentale identifie les conditions permettant de mettre en œuvre cette mobilisation conjointe et précoce des acteurs. Le suivi mis en place vise en priorité une prise en charge ambulatoire et s'appuie sur un projet de soins et de vie personnalisé élaboré avec la personne et ses proches, garantissant un suivi psychiatrique, social et médico-social individualisé, et révisé régulièrement afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la personne, de ses attentes et de ses capacités.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. ETAT DES LIEUX / DONNEES CHIFFREES

Développement des CLSMs

En Yvelines Nord, il existe deux conseils locaux de santé mentale (Sartrouville et Les Mureaux) malgré des problématiques de santé mentale prégnantes du territoire. Le déploiement reste insuffisant au regard de la population qui est de 770 756 habitants.

Une nouvelle dynamique est créée en lien avec les Contrats Locaux de Santé (CLS). Mais on constate une connaissance insuffisante du dispositif.

Priorité 2

Le 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

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

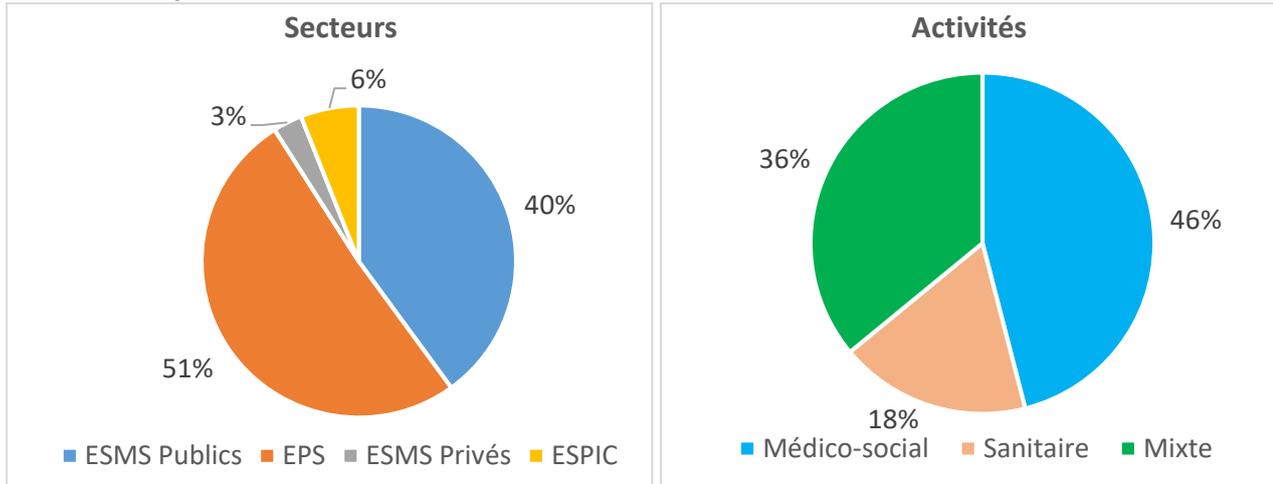
Questionnaire ADESM¹/GEP SO²

« ARTICULATION SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE »

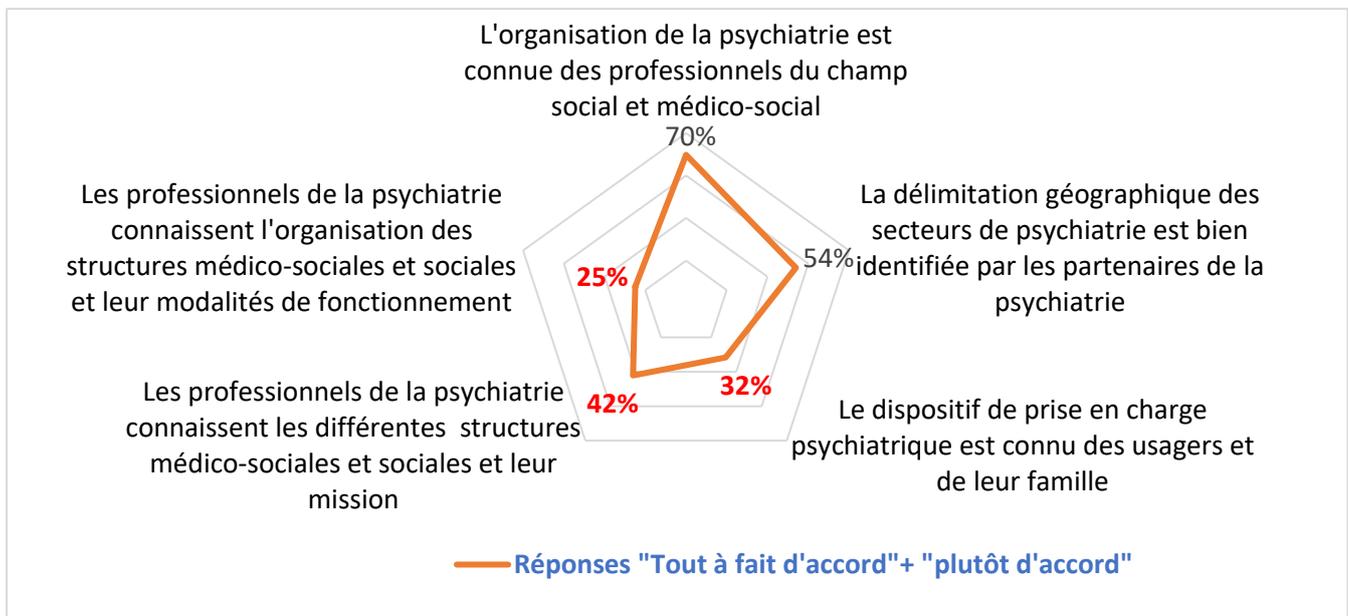
EXTRAITS DE LA SYNTHÈSE (EN ANNEXE)

1. Participants

Nombre de questionnaire retournés : 76



QUESTION 1- La lisibilité et la connaissance générale des dispositifs



¹ Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale

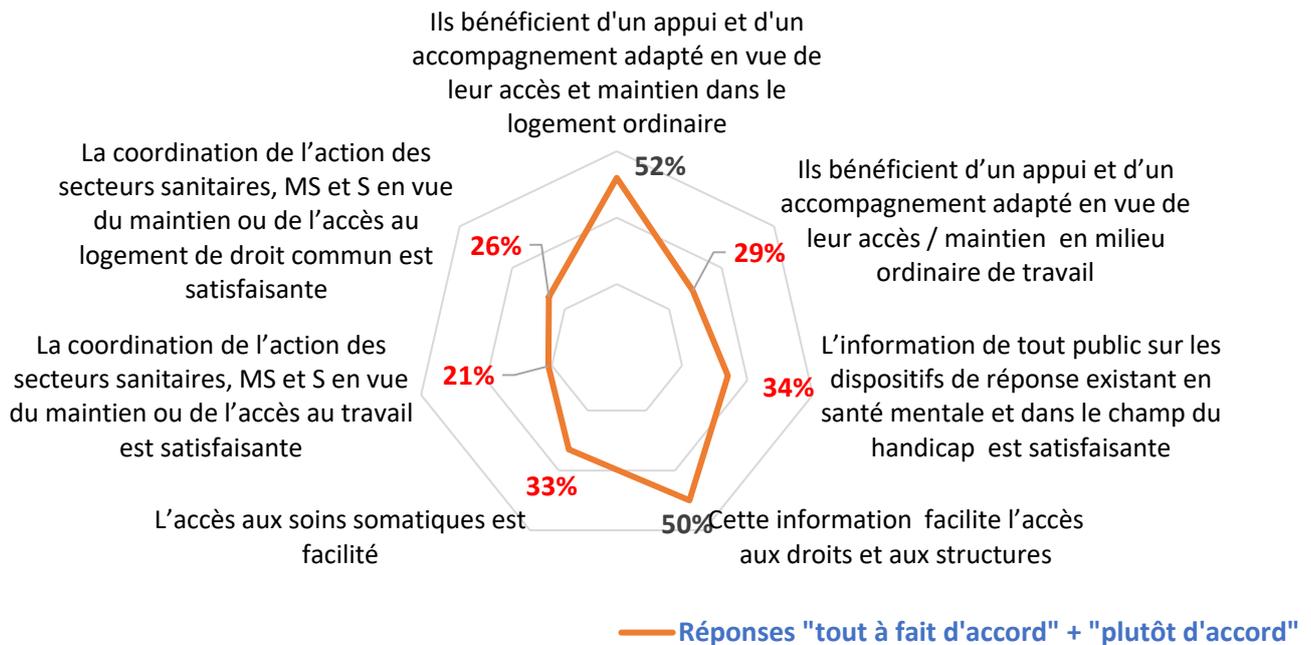
² GROUPE NATIONAL des ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SOCIAUX et MÉDICO-SOCIAUX

Priorité 2

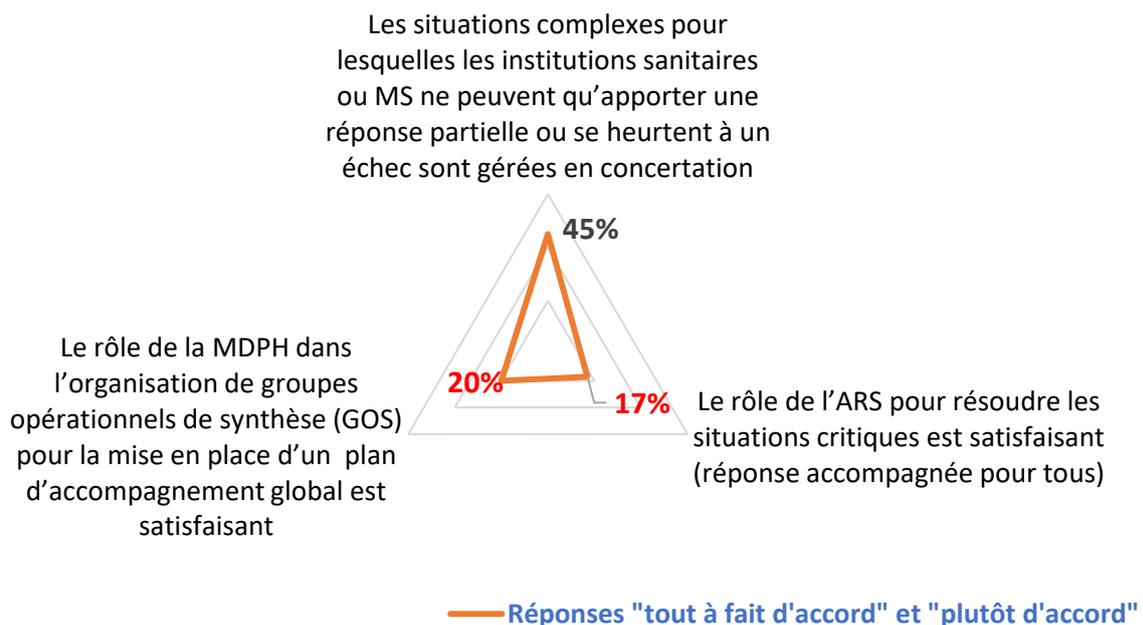
Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

QUESTION 5 - Accès aux dispositifs de droit commun : Inclusion / désinstitutionnalisation



QUESTION 6- Situations « sans solutions », complexes ou critiques



Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS

1. Absence d'une organisation spécifique « parcours en santé mentale » sur le territoire YN
2. Difficulté d'organiser un suivi coordonné, notamment pendant l'âge de transition : passage (enfant / ado) (ado/ jeune adulte) (adulte / personne âgée)
3. Stigmatisation
4. Non prise en compte de la parole de la personne concernée (La personne concernée dans le système : une place à conquérir)

ANALYSE DES CAUSES

1. Absence d'une organisation spécifique « parcours » sur le territoire

- 1.1 Fonctionnement cloisonné des institutions : par mission, ciblant la pathologie, le psychique, le somatique, l'insertion
- 1.2 Absence d'une organisation qui prend en charge le parcours socio-sanitaire précoce et ambulatoire dans sa globalité et dans la durée.
 - a. Aucune organisation pour prendre en charge la globalité du parcours « type case management » ou système intégré
- 1.3 Approches récentes qui nécessitent engagements, moyens et un changement de regard sur la pathologie psychiatrique, un changement de culture et mobilisation de financements multiples

2. Difficulté d'organiser un suivi coordonné, notamment pendant l'âge de transition (passage enfant – ado – jeune adulte – adulte – personne âgée)

2.1. Complexité des systèmes

- a. Découpages administratifs non concordants (psychiatrie, médicosocial, Education Nationale, social)
- b. Démarches multiples (bureaucratie) et outil non adapté pour les troubles psychiques
- c. Multiplicité des acteurs
- d. Fractionnement des structures en fonction de l'âge
- e. Financements par enveloppe / type de prise en charge

2.2. Fonctionnement cloisonné des institutions

- a. Missions spécifiques de chacune (avec des limites),
- b. Culture, langages, codes, acronymes,
- c. Organisations internes et outils spécifiques non connus des partenaires
- d. Insuffisance de mutualisation et de croisements des réseaux,
- e. Financements spécifiques et cloisonnés

2.3. Difficulté à structurer les réseaux et les partenariats

- a. Insuffisance de temps et de moyens
- b. Non valorisation de la coordination
- c. Insuffisance en moyens humains et métiers en tension (psychiatres, pédopsychiatres, médecin de premiers recours, orthophonistes, médecins scolaires, enseignants référents, AVS, travailleurs sociaux etc.)
- d. Restriction des coûts : transports etc.

Priorité 2

Le 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

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

2.4. Méconnaissance des parties prenantes et des missions de chacun

- a. Représentation de soi et des autres,
- b. Insuffisance de communication,
- c. Insuffisance d'information,
- d. Insuffisance de formations croisées

2.5. Limite des champs professionnels - Frein au partage d'informations et à la coordination

- a. Déontologie, secret professionnel / social / médical / judiciaire

2.6. Une offre insuffisante ou inadéquate par rapport aux besoins sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, emploi et logement...

- a. Institutions par tranche d'âge et insuffisance de souplesse dans la gestion des transitions.
- b. Manque de structure passerelle d'un âge à l'autre
- c. Utilisation non pertinente et non optimisée de l'existant
- d. Indisponibilité des "lits" en partie lié à des hospitalisations inadéquates, indisponibilités des places en hébergement médico-social notamment pour le handicap psychique, insuffisance de logements accompagnés et inaccessibilité aux logements ordinaires, insuffisance de places spécialisées dans les écoles et problème d'accessibilité aux classes ordinaires, insuffisance ou inadéquation des offres d'emploi pour les personnes souffrants de troubles psychiques

3. Stigmatisation des personnes ayant un handicap psychique (enfants, ados, adultes) rendant difficile le passage d'une structure à l'autre et la construction de parcours croisé

3.1. Méconnaissance de troubles psychiques

3.2. Insuffisance de formation sur le handicap et les soins psychiques

3.3. Insuffisance de soutien et d'accompagnement pour accompagner une personne ayant un handicap psychique

4. Non prise en compte de la parole de la personne concernée (La personne concernée dans le système : une place à conquérir)

4.1. L'engagement de la personne concernée dans son projet d'insertion, n'est pas toujours soutenu, préparé et accompagné

4.2. Peu d'offre dans le sanitaire orienté rétablissement et ciblant le développement des compétences de la personne concernée

4.3. Difficulté culturelle à changer de paradigme et à considérer la personne concernée comme personne compétente et le premier partenaire pour construire son parcours de santé et son projet de vie

Priorité 2

Le 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

I. Parcours de santé sans rupture : coordination des acteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Il y a une difficulté d'accès à la psychiatrie et aux soins somatiques. Le sanitaire entre dans le social ou le médicosocial mais l'inverse n'est pas vrai.*
- *Le secret professionnel et le secret médical peuvent exclure certains accompagnants et empêchent l'articulation avec les professionnels qui accompagnent les personnes au quotidien : certains professionnels n'ont pas accès à toutes les informations nécessaires sur la personne.*
- *Difficulté de faire connaître que le trouble psychique entraîne un handicap.*
 - *Exemple : outil d'évaluation MDPH n'est adapté au handicap psychique. Cela rend l'accès aux droits, difficile. Au niveau de financement, il y a une absence de PCH pour le trouble psychique.*
- *Méconnaissance des structures et des pratiques : Il faut connaître les professionnels pour gérer une situation, notamment des cas complexes.*
- *Pour les enfants accueillis à temps plein dans une institution (sociale, médicosociale, sanitaire...) c'est très difficile de relancer un parcours de soins et de vie coordonné entre les différents partenaires. Ex. Le cas d'un adolescent de 17 ans avec un handicap psychique. L'ASE se retire et l'existence d'une violence avec la famille. Arrêt des financements de l'ASE à 18 ans.*

4. PISTES DE TRAVAIL

I. ORGANISATION D'UN SUIVI COORDONNE REALISE PAR DES ACTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX DE PROXIMITE

1. Favoriser le dialogue et la communication entre les différents acteurs : travail de traduction
2. Formations communes pour les différents acteurs (éducation nationale, aide sociale à l'enfance, sanitaire et médico-social)
3. Favoriser l'écoute et l'accompagnement des familles

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

II. Accès à une offre de réhabilitation psychosociale

II. ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

1. ENJEUX

Afin de favoriser le rétablissement fonctionnel et personnel des personnes, le projet territorial de santé mentale organise l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale incluant les techniques de soins visant à diminuer les incapacités et à développer ou restaurer les compétences sociales, les performances cognitives, la motivation et les capacités d'adaptation de la personne, en prenant appui sur ses aptitudes préservées.

Dans une optique de prévention ou limitation du handicap, la mise en œuvre de la réhabilitation intervient le plus précocement possible. Elle se base sur une évaluation fonctionnelle des capacités de la personne (autonomie, habiletés sociales,..), de ses ressources personnelles, des soutiens et aides pouvant être mobilisés, notamment au niveau de l'entourage familial. Cette évaluation contribue au projet personnalisé de soins et d'accompagnement définissant les buts à atteindre (sociaux, professionnels...) et les interventions proposées.

La réhabilitation psychosociale fait intervenir des acteurs sanitaires ainsi que des acteurs sociaux et médico-sociaux, dans une perspective de transfert à la vie réelle (par les activités, le travail...) des aptitudes préservées et des capacités retrouvées.

Cette offre a vocation à être développée sur chaque territoire de santé mentale, en lien avec des centres référents régionaux.

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. ETAT DES LIEUX

- 23 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont été autorisés en Yvelines Nord sur 54 dans l'ensemble du département³. Les thématiques concernées sont :
 - Addictions (2), psychiatrie (1), insomnie chronique (1), VIH (2), diabète (9), maladies cardiovasculaire (3), douleurs chroniques (1), drépanocytose enfant/adolescent (1), insuffisance rénale(1), maladies neurologiques (1), maladies rhumatologiques (1)
- Présence d'une plateforme de Remédiation cognitive situé dans les locaux de l'hôpital de jour de Montesson couvrant les secteurs 78G07-78G08-78G09.
- Présence de SAMSAH sur le territoire Yvelines Nord
- Présence d'un CAP Emploi sur Poissy
- Présence de foyers postcure (Houilles...)
- Importance du rôle de la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCS) dans l'accès à un logement adapté à la personne présentant un trouble psychique

³ Source : Liste des programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés (actualisée le 15 janvier 2019), Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction de Inégalités - Département Education thérapeutique du patient, ARS IDF.

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

II. Accès à une offre de réhabilitation psychosociale

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS

1. La pratique de réhabilitation psychosociale est multiples sur le territoire mais elle n'est pas toujours orientée rétablissement
2. L'offre sur le territoire n'est pas suffisante notamment en ce qui concerne la remédiation cognitive, la psychoéducation et l'éducation thérapeutique
3. Difficultés rencontrées liées à l'organisation et au système
4. Absence de coordination et de travail en réseau entre les acteurs du sanitaire du social et du médicosocial autour du rétablissement et de l'insertion
5. Stigmatisation et représentation de la personne concernée

ANALYSE DES CAUSES

1. La pratique de réhabilitation psychosociale est multiples sur le territoire mais elle n'est pas orientée rétablissement
 - a. On est trop dans la réparation, pas assez dans la réhabilitation psychosociale
 - b. Vision différente du concept réhabilitation psychosociale
 - c. Difficulté de changer de paradigme pour considérer la personne concernée comme acteur
2. L'offre sur le territoire n'est pas suffisante notamment en ce qui concerne la remédiation cognitive, la psychoéducation et l'éducation thérapeutique
 - a. La couverture de la plateforme de la remédiation cognitive est insuffisante pour couvrir l'ensemble de besoins du territoire, notamment au niveau de Mantes
 - b. Absence d'une cartographie exhaustive des différents acteurs
 - c. Insuffisance de moyen par rapport aux secteurs
 - d. Limite du système en termes de ressources
3. Difficultés rencontrées liées à l'organisation et au système
 - a. Les délais d'accès MDPH sont trop importants d'autant plus que si la personne concernée est dans le déni. (10-15 ans de perdu => importance de repérage précoce
 - b. Absence de mise en place en amont d'alerte pour prévenir la crise ou à l'inverse l'alerte de médicosocial n'est pas entendue par le sanitaire
4. Absence de coordination et de travail en réseau entre les acteurs du sanitaire du social et du médicosocial autour du rétablissement et de l'insertion
 - a. Absence de conventions pour structurer la collaboration des acteurs entre eux.
 - b. Absence d'une filière de réhabilitation psychosociale sur le territoire.
 - c. Absence de coordination entre les acteurs
 - d. Déficit d'accompagnement d'un dispositif à l'autre
 - e. La sortie de l'hospitalisation est une période de fragilité qui n'est pas suffisamment investie en termes de suivi
 - f. Clarification de rôle de chacun (MDPH, sanitaires, médico-sociaux)

Priorité 2

Le 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

II. Accès à une offre de réhabilitation psychosociale

5. Stigmatisation et la place de la personne concernée dans le système de soins et dans la société

a. La stigmatisation de la société est un frein à l'insertion

- Insuffisance d'information sur la pathologie mentale
- Insuffisance d'information sur les dispositifs existants

b. Difficulté d'insérer les personnes présentant un handicap psychique :

- Dans l'accès et le maintien dans le logement : Difficulté de rassurer les bailleurs dans le cadre de suivi des situations
- Dans le monde de travail : Pas de postes adaptés à la fatigabilité et à la vulnérabilité et à la possibilité de rechute... à prendre en compte

c. La personne concernée n'est pas à sa synthèse alors que nous souhaitons qu'elle soit acteur de sa prise en charge

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

Prérequis

- *La personne concernée est auteur de son projet. C'est elle qui décide.*
- *La réhabilitation psychosociale est conditionnée par la gestion de la crise dans le cadre de la prise en charge d'une personne : mieux on gère la prévention de la crise, plus on peut travailler sur la réhabilitation.*
- *L'articulation entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux est importante dans le déploiement de cette démarche.*
- *L'importance du temps pour la personne concernée et les familles pour accepter la maladie et le handicap, construire son identité et élaborer son projet de vie est à prendre en compte*

4. PISTES DE TRAVAIL

II. ORGANISATION DE L'ACCES A UNE OFFRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

1. Poursuivre les actions de formation et sensibilisation sur le rétablissement et la réhabilitation psychosociale pour l'ensemble des acteurs du social, du médicosocial et du sanitaire
2. Formalisation d'une filière de réhabilitation psychosociale (centre de soins, centre de proximité) identifiée sur le territoire avec un maillage en réseau avec les acteurs du sanitaire du social et du médico-social
3. Structuration de la coordination des acteurs
 - Convention à formaliser entre « la plateforme de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale », le secteur médico-social, le Conseil Départemental (MDPH), la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (DDCSPP) et la Direction de travail (CAP Emploi : insertion milieu ordinaire)
 - Mise en place d'une commission spécialisée sur la réhabilitation psychosociale pour développer un suivi et une réponse adaptée pour tous

Priorité 2

Le 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

III. Accès et maintien dans le logement

III. ACCES ET MAINTIEN DANS LE LOGEMENT

1. ENJEUX

L'article 69 de la LMSS prévoit que le projet territorial de santé mentale développe un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

A cette fin, le projet territorial de santé mentale accompagne l'évolution de l'offre de logement et d'hébergement sur le territoire pour proposer aux personnes un panel de solutions souples et modulables, afin de répondre à la fois au besoin d'accompagnement dans/vers le logement et au besoin d'inclusion et d'autonomie, en tenant compte de la multiplicité des besoins individuels et de leur variabilité dans le temps. L'offre doit également cibler les publics les plus démunis ou en situation de précarité.

Le projet territorial de santé mentale doit non seulement permettre l'accès à un logement mais aussi soutenir le maintien dans ce logement. Il doit assurer le développement de modalités d'accompagnement et de mesures permettant le maintien ou la restauration de la capacité des personnes à habiter, ainsi que la prévention des situations de ruptures dues à une perte de logement (expulsion, perte du logement lors d'une hospitalisation, de difficultés rencontrées au retour à domicile après l'hospitalisation, de difficultés avec le voisinage, ou encore de difficultés à investir son logement...).

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Logements sociaux en Yvelines Nord

En Yvelines Nord, il y a 63 134 logements locatifs sociaux environ 81 logements pour 1000 habitants. (source : RPLS⁴ 2018).

Le nombre de places en **CHU, HUAS et CHRS** pour 1000 habitants est inférieur à la moyenne régionale (2,3) sur le territoire.

En termes de **logements adaptés** pour 1000 habitants, le nord des Yvelines a une densité, largement inférieure aux moyennes départementale (5) et régionale (7).

Le système **d'Intermédiation Locative** n'est pas assez développé dans la partie ouest du territoire avec seulement 1,5 places en intermédiation locative pour 100 000 habitants à Mantes-la-Jolie et 1,5 pour 10 000 habitants à Meulan-les-Mureaux contre 1,8 pour 1000 habitants en IDF.

⁴ Répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux 2018

Priorité 2

Le 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

III. Accès et maintien dans le logement

Zone d'intervention	Mantes-la-Jolie	Meulan-Les-Mureaux	Saint-Germain	Montesson	Yvelines	Ile-de-France
Nombre de places d'hébergement (CHU, HUAS et CHRS) ⁵ pour 1000 hab.	0,6	0,2	1,4	1,6	1,4	2,3
Nombre de places en logements adaptés (PF, FJT, FTM et RS) ⁶ pour 1 000 hab.	2	0,7	2,6	0,9	5	7
Nombre de places en Intermédiation Locative ⁷ pour 1000 hab.	0,015	0,15	1,73	1,08	1,2	1,8

Source : Socle de données au 31/12/2018, DRIHL

Densité de places d'hébergement et d'accompagnement en Yvelines

La densité de places d'hébergement et d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap du département des Yvelines (205,1 ; 61,7) est supérieure à la moyenne régionale inférieure (154,6 ; 51) à la moyenne nationale (222,8 ; 99,5).

Il y a très peu de logements accompagnés : 7,3 logements pour 100 000 habitants de plus de 20 ans contre 22 en France.

On note un nombre élevé de FAM, mais ce nombre reste insuffisant pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques car un bon nombre est accueilli en Belgique et d'autre se trouvent soit dans les unités d'hospitalisations occupant des lits d'une manière inadéquate ou à charge des familles à domicile.

*pour 100 000 hab. (+20 ans)	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité places d'hébergement PH	205,1	154,6	222,8
Densité places d'accompagnement PH	61,7	51	99,5
Densité de logements accompagnés	7,3	19,2	22
Densité de places en FAM	101	56,8	60,9
Densité de places en MAS	44,7	46,5	58,6

Source : FINESS – 2017

La densité de places d'hébergement social est également faible pour le département comparée aux niveaux régional et national.

*pour 100 000 hab.	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité places d'hébergement social	74,4	137,6	93,3
Densité places d'hébergement social en CADA	30,2	35,4	37,8

Source : FINESS, DJRCS, DGCS, Scoresanté -2014

⁵ CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence, HUAS : Hébergement d'Urgence avec Accompagnement Social, CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

⁶ PF : Pensions de Familles, FJT : Foyers de Jeunes Travailleurs (dont Résidences Sociales-Foyers Jeunes Travailleurs : RS-FJT), FTM : Foyers de Travailleurs Migrants, RS : Résidences Sociales (hors Résidences Sociales-Foyers Jeunes Travailleurs : RS-FJT)

⁷ Solibail + Louez Solidaire

Priorité 2

Le 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

III. Accès et maintien dans le logement

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Difficulté d'accès et de maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques	1. Difficultés liées à la personne elle-même
II. Difficulté d'accès aux soins des personnes sans logement	2. Problématiques liées à l'offre d'hébergement
	3. Difficulté d'accès aux droits
	4. Difficulté liée à la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne l'accès et le maintien dans le logement : l'hospitalisation prolongée et sa sortie non préparée
	5. Insuffisance de prévention des situations de crise à domicile
	6. Stigmatisation

ANALYSE DES CAUSES

I. Difficulté d'accès et de maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques

1. Difficultés liées à la personne elle-même

- a. Troubles du comportement (Diogène-bruits-errance-addiction...)
- b. Le déni frein à l'accompagnement et à l'aide
 - i. Auto stigmatisation

2. Problématiques liées à l'offre d'hébergement et d'accompagnement : inadaptée et incomplète

- a. Insuffisance de résidence accueil, d'hébergement adapté et de passerelle entre le collectif et le logement autonome
- b. Logement inclusif peu développé
- c. Hébergements à durée limitée (CHRS-CHU-Hôtels-CADA...)
- d. Insuffisance de lisibilité et de fluidité pour connaître et « essayer/bénéficier » des dispositifs de logement (social, collectif, inclusif, éclaté, autonome, etc.) ou bénéficier d'un moment de répit (stage, accueil temporaire).
- e. Absence de dispositif sanitaire qui soit transitoire et mobile et permettrait à la partie soin d'investir davantage les lieux de vie dont le logement, de manière préventive ou curative, qu'il s'agisse d'un logement autonome ou d'un établissement médico-social ;
- f. Fractionnement de l'offre institutionnel lié à l'âge de la personne (60 ans) et lien avec la perte d'activité professionnelle
 - i. Vieillesse : les travailleurs en ESAT sont en foyer d'hébergement. Le foyer d'hébergement devient inadapté en arrivant à la retraite => Pas de solution pour les personnes de plus de 60 ans.

3. Difficulté d'accès aux droits

- a. La complexité des démarches administratives (surtout en cas de majeurs protégés – orientation MDPH)
- b. Faible revenu (dettes locatives) – cumul des problématiques financières et psychiques
- c. Insuffisance d'accompagnement social et médico-social (accès aux droits) : accompagnements temporaires des SAVS et SAMSAH => qui prend les relais ?
- d. Le passage d'un dispositif à un autre est complexe, long, difficilement compréhensible et réalisable par la personne seule, l'adhésion de la personne sur la durée est difficile

Priorité 2

Le 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

III. Accès et maintien dans le logement

4. Difficulté liée à la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en ce qui concerne l'accès et le maintien dans le logement

- a. Hospitalisation prolongée et sortie non préparée
- b. Hospitalisation prolongée et inadéquate faute de solution d'hébergement ou de logement
- c. Difficulté de repérage précoce des troubles, difficulté à évaluer les besoins, à mettre en place un plan d'accompagnement
- d. Insuffisance de préparation (stabilisation des troubles, réhabilitation psychosociale, autonomie...)
- e. Les locataires isolés qui sont en souffrance : à qui les bailleurs peuvent-ils s'adresser ?
- f. Insuffisance de lien avec les bailleurs et les structures d'accueil ou d'accompagnement

5. Insuffisance de prévention des situations de crise à domicile ou en structure médico-sociale

- a. Difficultés dans l'identification des acteurs puis dans la prise de contact ;
- b. Difficulté de prévention du risque de décompensation
- c. Insuffisance de temps et de disponibilité des équipes pour développer des partenariats, suivre des situations, créer des passerelles, se coordonner, alerter, agir de manière préventive, etc.
- d. Insuffisance de soutien aux bailleurs, aux professionnels du social... => les bailleurs détectent une personne en souffrance. Comment savoir si la personne est suivie ? si elle n'a pas de famille ? Comment intervenir ? Comment permettre un accompagnement à la personne ?
- e. Insuffisance de formation des acteurs à ces situations
- f. Méconnaissance des institutions et du système sanitaire par d'autres professionnels (bailleurs...)
 - i. Complexité à gérer les situations de crise à domicile

6. Stigmatisation

- a. Frilosité de l'environnement : voisinage-Elus
- b. Bailleurs
- c. Méconnaissance dans la population générale des pathologies, des ressources existantes et de la manière d'interagir avec les personnes présentant des troubles psychiques
- d. Cohabitation difficile et parfois déconseillée de personnes avec des pathologies différentes au sein des ESMS notamment des personnes avec troubles psychiques et déficiences intellectuelles.

II. Difficulté d'accès aux soins des personnes sans logement

1. Sectorisation de la psychiatrie/ domiciliation
2. Déficit de l' « aller vers » soit du CMP, soit équipe mobile (une équipe mobile précarité vient d'être mise en place sur le territoire Nord Yvelines.)
3. La non demande
4. Insuffisance des outils de repérage, et de mise en lien de cette population avec le soin.
5. (Voir chapitre précarité)

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

III. Accès et maintien dans le logement

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *En sortie d'hospitalisation, le bailleur cherche à préparer l'appartement pour une HAD par exemple, le cloisonnement et le secret médical empêchent le bailleur d'adapter et de préparer le retour de la personne dans son logement.*
- *En sortant d'hébergement ou d'hospitalisation : pas de logement ni d'hébergement à la sortie. Les personnes sont remises à la rue ce qui aggrave leur situation. D'autres perdent leur logement durant leur hospitalisation.*
- *Les hébergements à durée limitée : cela crée des ruptures de parcours pour des personnes très fragiles. Les hébergements sont saturés, peu dotés en personnel. Les personnes, ne trouvant pas d'autres hébergements, restent longtemps dans des hébergements à courte durée, faute de place dans d'autres structures d'hébergements pérennes, d'orientation, de statut...*
- *La tutelle/curatelle : difficulté administrative pour faire évoluer le statut des personnes, pour prendre contact avec les curateurs/tuteurs, venir au domicile, etc. Les personnes avec des troubles psychiques ont du mal à faire seules leur démarche et les curateurs/tuteurs ne peuvent pas faire ces accompagnements*
- *Les dettes locatives entraînent des mesures d'expulsion alors qu'il y a des problématiques de santé mentale. Cette problématique « psy » a entraîné une problématique sociale. Il faut travailler en urgence le volet social, le relogement éventuel, en prenant en compte le voisinage qui met la pression en passant par la mairie etc.*
- *Système des notifications MDPH chronophage et qui cloisonne et interdit des combinaisons pourtant envisageables (FAM/ESAT, CAJ/FH, etc.) ;*
- *Durée des prises en charge SAVS limitées dans le temps alors que les besoins des personnes requiert une temporalité de l'accompagnement souvent plus longue qui devrait pouvoir être modulée*

4. PISTES DE TRAVAIL

III. ORGANISATION DU MAINTIEN DANS LE LOGEMENT OU DE L'ACCES AU LOGEMENT

- 1. Faciliter l'accès aux droits (notification MDPH, PCH...)**
 - a. Adapter l'accès aux troubles psychiques
 - b. Simplifier les démarches administratives
 - c. Réduire les délais de traitement des demandes
 - d. Rendre plus souple les modalités d'accompagnement (les délais d'accompagnement etc.)
- 2. Améliorer l'offre d'hébergement et d'accompagnement**
 - a. Diversifier l'offre d'habitat avec services intégrés
 - b. Logement autonome => type foyer ?
 - c. Favoriser les programmes de logements inclusifs
- 3. Organiser l'accompagnement et l'insertion des populations souffrant de troubles psychiques à travers des dispositifs partenariaux coordonnés (sanitaires, sociaux, médico-sociaux et bailleurs)**
 - a. Accompagnement des personnes après la fin de la prise en charge = un service de suite pour faciliter la transition, pour sécuriser les entrées et rassurer les bailleurs,
 - b. Création d'équipe mobile passerelle déjà pour les personnes non sectorisées et non sectorisables dans l'ouverture des droits et pour les personnes enfermées au domicile ;
- 4. Continuer à maintenir et valoriser la charte Santé mentale et logement. Les bailleurs ont un référent et il faut identifier ces référents au niveau du sanitaire et du médico-social**

Priorité 2

Le 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

IV. Accès et maintien dans l'emploi

IV. ACCES ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI

1. ENJEUX

L'offre de service concernant l'emploi des personnes est primordiale en tant que facteur de rétablissement. Elle nécessite d'être variée, souple et modulaire de manière à s'adapter au mieux aux besoins et à leur évolution selon les moments du parcours. Cette offre de service doit prioritairement viser l'accès et le maintien des personnes dans l'emploi et l'intégration professionnelle en milieu ordinaire.

L'offre en milieu protégé ou adapté doit correspondre aux besoins spécifiques des publics présentant un handicap psychique : notamment la fatigabilité et la variabilité des troubles, qui nécessitent de prévoir la possibilité d'adapter le temps de travail, mais aussi la préservation des compétences intellectuelles, qui oriente vers des activités valorisant le potentiel et les capacités des personnes, avec des professionnels formés à la spécificité de ce handicap.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Cap Emploi

Il existe un CAP Emploi à Poissy qui accompagne les personnes en situation de handicap dans son parcours professionnel ainsi que les employeurs.

Entreprises adaptées en Yvelines Nord

On compte 3 entreprises adaptées à Saint-Germain-en-Laye, à Mantes la Jolie et à Carrières sous Poissy en Yvelines Nord (Source FINESS).

Densités de places en ESAT, en SAMSAH et en SAVS en Yvelines

Le département des Yvelines est globalement mal doté en termes de structures médico-sociales par rapport à la moyenne nationale, notamment en SAMSAH et en SAVS.

En Yvelines, il y a 199,8 places en ESAT pour 100 000 habitants de plus de 20 ans contre 240,4 places en France.

*pour 100 000 hab. (+20 ans)	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité de places en ESAT	199,8	188,4	240,4
Densité de places en SAMSAH	13,1	17,9	20,3
Densité de places en SAVS	48,5	33,1	79,2

Source : FINESS – 2017

Enquête auprès des bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH (2009-2010)

Selon une enquête réalisée par la DREES auprès des bénéficiaires de l'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne) ou de la PCH (Prestation de compensation du handicap) :

- 73,5% des allocataires sont inactifs,
- 18,7% sont en emploi et 3,5% est au chômage.

En outre, 8,1% d'entre eux souffrent de troubles psychiques⁸.

⁸ DREES, enquête auprès des bénéficiaires de l'ACTP ou de la PCH (2009-2010)

Priorité 2

Le 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

IV. Accès et maintien dans l'emploi

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Taux de Chômage plus élevé chez les personnes souffrant de troubles psychiques	1. Insuffisance de l'offre en termes de postes adaptés et adaptables (Non volonté des employeurs à embaucher)
II. Difficultés d'accéder à un emploi	2. Difficultés liées à la personne elle-même
III. Difficultés de se maintenir dans un emploi	3. Stigmatisation dans le monde du travail (« Trop » d'importance de l'identité professionnelle dans la société)
	4. Insuffisance d'accompagnement global médico-psycho-social
	5. Insuffisance d'information des personnes et de leurs aidants sur le circuit du travail
	6. Rupture dans le logement ou inaccessibilité au logement
	7. Problématiques de transport

ANALYSE DES CAUSES

1. Insuffisance de l'offre en termes de postes adaptés et adaptables

a. Dans le milieu ordinaire :

- i. Poste et organisation du travail non ou peu adaptés (temps partiel, temps aménagé etc.)
- ii. Exigence du monde de travail ordinaire : rendement-compétitivité-stress-relations de proximité constante

b. Dans le milieu protégé :

- i. Non attractivité du milieu protégé : des tâches monotones et peu de possibilités d'évolution malgré des capacités intellectuelles souvent intactes en ESAT
 - Des postes peu attractifs ;
 - Un statut de travailleur et non de salarié (des droits différents);
 - Des ESAT en difficulté ;
 - Des revenus faibles pour les travailleurs
- ii. Porte d'entrée lente et inadaptée : MDPH (même pour les stages) ;
- iii. La sectorisation pour l'emploi accompagné
- iv. Effet paradoxal dans les ESAT :
 - L'aspect «trop» protecteur de l'ESAT limite les possibilités d'évolution des personnes qui auraient « peur » du milieu ordinaire
 - L'aspect productivité : retient des personnes surqualifiées : changement de profil des publics concernés

2. Difficultés liées à la personne elle-même

- a. Déni de ses troubles
- b. Décalage entre les compétences des personnes et les possibles
- c. Le refus de travailler en ESAT lié à l'image stigmatisante de la structure
- d. Fatigabilité de la personne
- e. Problème d'addiction
- f. Autostigmatisation

Priorité 2

Le 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

IV. Accès et maintien dans l'emploi

3. Stigmatisation dans le monde du travail

- a. « Trop » d'importance de l'identité professionnelle dans la société
- b. Méconnaissance de la pathologie

4. Insuffisance d'accompagnement global médico-psycho-social

- a. Insuffisance de préparation (stabilisation des troubles, réhabilitation psychosociale)
- b. Insuffisance d'accompagnement à l'emploi (insuffisance de job coach)
- c. Insuffisance d'accompagnement des collègues et des managers qui travaillent avec la personne dans les entreprises

5. Insuffisance d'information des personnes et de leurs aidants sur le circuit du travail

- a. Méconnaissance des circuits du travail
- b. Méconnaissance des droits

6. Rupture dans le logement ou inaccessibilité au logement

- a. Déménagement
- b. Décès des parents hébergeurs

7. Problématiques de transport

- a. Insuffisance de transport en commun
- b. Le temps et les conditions de trajet peuvent décourager

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Il y a une exigence de rendement et de rentabilité des ESAT et des entreprises adaptées, ce qui implique un rythme de travail intense et une flexibilité importante => une vie économique des établissements*
- *Revendication des travailleurs ESAT qui sont hors droit du travail (pas cotisations chômage, retraite, etc.) et qui demandent un choix de l'emploi car ils ont envie de bien faire et ils ont des capacités à faire face aux exigences de rentabilité*
- *Les jeunes gens, qui viennent d'être diagnostiqués, sont souvent dans le déni et dans l'envie d'une vie et de projet ordinaire or, cela leur est assez inaccessible.*
- *L'identité sociale en France est basée fortement sur l'identité professionnelle*
 - *Il est difficile pour les personnes d'accepter une vie en milieu protégé*
 - *Le déni de la famille également qui peut exercer une pression pour que l'enfant reste en milieu ordinaire*
- *Il faudrait pouvoir changer le regard sur le travail : à une époque où il y a 10% de chômage et que le plein-emploi est un idéal, le travail ne peut rester la seule source de reconnaissance sociale*

Priorité 2

Le 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

IV. Accès et maintien dans l'emploi

4. PISTES DE TRAVAIL

IV. ORGANISATION DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI OU DE L'ACCES A L'EMPLOI

1. Assouplir les règles d'orientation afin d'ouvrir les portes d'entrée vers les différentes formes de travail et permettre plus de fluidité dans les parcours des personnes vers l'emploi ou le travail protégé en proposant :
 - Des orientations doubles
 - Pas d'orientation pour les MISP ou les stages ;
2. Lutter contre la stigmatisation : les représentations des troubles psychiques sont un frein à l'embauche des personnes qui en souffrent. Alors qu'une personne sur cinq aura un trouble psychique au cours de sa vie, il est important de pouvoir en parler et de modifier ces représentations
3. Améliorer l'offre d'emploi en quantité et en qualité :
 - Augmenter la diversité des possibilités en matière d'emploi
 - En milieu ordinaire :
 - **adapter les postes de travail** aux personnes ; augmenter le nombre de places
 - En milieu protégé :
 - Proposer des **missions innovantes et attractives** pour les personnes
 - Rapprocher le **droit des travailleurs** à celui des salariés.
 - Garantir un certain **nombre de places** pour les personnes trop éloignées de l'emploi en milieu ordinaire
4. Organiser l'accompagnement et l'insertion dans l'emploi des populations souffrant de troubles psychiques à travers des dispositifs partenariaux coordonnés et / ou intégrés et orientés vers le rétablissement et la réhabilitation psychosociale (sanitaire, sociaux, médico-sociaux les professionnels de l'emploi (pôle emploi, cap emploi et employeurs)

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

V. Accès et maintien à la scolarisation et aux études

V. ACCES ET MAINTIEN A LA SCOLARISATION

1. ENJEUX

Les troubles psychiques, engendrant retrait social et périodes de maladie nécessitant parfois des soins intensifs et des hospitalisations, peuvent perturber durablement le parcours scolaire ou universitaire d'un jeune et compromettre ses capacités d'insertion professionnelle.

Le projet territoriale de santé mentale vise à :

- Identifier les modalités et les dispositifs permettant le maintien dans la scolarisation et les études ou leur accès, et veiller à ce que ces modalités répondent aux besoins recensés et soient connues et partagées par l'ensemble des acteurs ;
- Promouvoir les dispositifs et les coopérations permettant de prendre en charge la souffrance psychique des jeunes scolarisés et en études supérieures (Bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), coopérations des Maisons des adolescents (MDA) et des secteurs de psychiatrie publique avec les services de santé universitaires...).

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. ETAT DES LIEUX / DONNEES CHIFFREES

Unités localisées d'inclusion scolaires (ULIS) de l'enseignement secondaire en Yvelines Nord

Il y a 43 unités localisées d'inclusion scolaires (ULIS) de l'enseignement secondaire dans 38 collèges et lycées (32 collèges, 5 lycées, 1 lycée professionnel) en Yvelines Nord, dont :

- 1 pour troubles envahissants du développement
- 33 pour troubles des fonctions cognitives ou mentales
- 7 pour troubles spécifiques du langage et des apprentissages
- 1 pour TFM troubles des fonctions motrices
- 1 pour troubles de la fonction visuelle

	Zone Mantes-la-Jolie	Zone Meulan-les-Mureaux	Zone Poissy	Zone Montesson-Saint-Germain
ULIS : Troubles envahissants du développement	0	0	0	1
ULIS : troubles des fonctions cognitives ou mentales	10	6	7	10

Source : ONISEP (dernière mise à jour : 29 août 2019)

Il y a une équipe mobile ULIS conventionnée avec le Centre Hospitalier Théophile Roussel qui accompagne les enfants du CP au CM2.

Unité soins études

En Yvelines Nord, il existe une unité de soins études pour les adolescents de 12 à 17 ans (Unité Soins Etudes Esquirol, CHTR). Les adolescents sont scolarisés dans l'établissement d'origine ou dans un établissement partenaire extérieur.

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

V. Accès et maintient à la scolarisation et aux études

Densité de places médico-sociales en Yvelines

En termes d'offre d'accompagnement médico-social (IME, SESSAD...) pour les enfants et adolescents, le département des Yvelines représente une faible densité par rapport au niveau national.

	Yvelines	Ile-de-France	France
Densité de structures CMPP 100 000 hab. de 0-20 ans	2,7	3,2	2,9
Densité de places en ITEP 100 000 hab. de 6-18 ans	59,3	67,3	148,2
Densité de places en IME 100 000 hab. de 6-20 ans	484	437,9	577,8
Densité de places en SESSAD 100 000 hab. 0-20 ans	256,7	238,8	307,3

Source : FINESS, INSEE – 2015

Services d'éducation adaptée et d'accompagnement social et médico-social ainsi qu'une éducation spécialisée enfance handicapée en Yvelines Nord

Par ailleurs, 16 sur 45 structures proposant un service d'éducation adaptée et d'accompagnement social et médico-social ainsi qu'une éducation spécialisée enfance handicapée (IME, ITEP, IEM...) sont situées en Yvelines Nord, soit 36% des structures des Yvelines.

Et en termes de places, 58% des places en IME, 10% des places en ITEP et 13% des places en SESSAD se trouvent dans le nord du département. (Source : FINESS).

Priorité 2

Le 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

V. Accès et maintient à la scolarisation et aux études

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
<p>I. Augmentation des situations de difficultés sévères de comportement avec demandes d'expertise médicale dès la maternelle</p> <p>II. Fréquence des demandes de déscolarisation par des équipes pédagogiques démunies</p> <p>III. Exclusion et difficulté d'accès à la scolarité, aux études et à la formation pour les personnes présentant des troubles psychiques</p> <ul style="list-style-type: none">○ Environnement scolaire parfois « hostile voire violent » et problématique○ Résistance des établissements scolaires à accueillir <p>IV. Rupture dans le parcours, notamment au moment de la transition</p> <p>V. Passage difficile du milieu spécialisé au milieu ordinaire</p> <p>VI. Difficulté pour les IME-SESSAD à s'inscrire aux ateliers et aux activités au sein des écoles en milieu ordinaire</p> <p>VII. Difficulté de coordination des acteurs</p> <ul style="list-style-type: none">○ l'hospitalisation ↔ la scolarité <p>VIII. Difficulté d'accès aux droits (MDPH)</p>	<p>1. Difficultés liées à la personne elle-même et à ses proches</p> <p>2. Problématiques liées à l'offre</p> <p>3. Insuffisance de dispositifs partenariaux : EN/Etablissements Sanitaire</p> <p>4. Stigmatisation</p> <p>5. Insuffisance d'actions de prévention de l'exclusion scolaire</p>

ANALYSE DES CAUSES

1. Difficultés liées à la personne elle-même et à ses proches

- Troubles du comportement (violence-errance-addiction...)
- Le déni des familles, frein à l'accompagnement et à l'aide
- Le refus des familles d'une orientation en milieu spécialisé
- Difficulté de repérage précoce des troubles, difficulté à évaluer les besoins, à mettre en place un plan d'accompagnement
- Retour à l'école difficile pour les enfants qui avaient été pris en charge en milieu spécialisé

2. Problématiques liées à l'offre

- Insuffisance d'offre corrélée au besoin (pas assez d'ULIS-IME-SESSAD)
- Insuffisance d'offre pour permettre la transition
- Insuffisance de formation des enseignants aux besoins de la population d'enfants en souffrance psychique
 - Difficulté à gérer l'hétérogénéité des groupes classes
- Insuffisance de nombre d'AVS et de leur formation : inclusion réservée à la présence d'un AVS pour tout âge
- Insuffisance de médecins et psychologues scolaires
- Exigences en termes de savoir-être et savoir-faire et de niveaux au sein de l'établissement EN
- La complexité des démarches administratives (orientation MDPH –orientation EN), les délais
- Classes surchargées : effectif trop important pour une inclusion sereine

3. Insuffisance de dispositifs partenariaux : EN/Etablissements Sanitaire

- Pas suffisamment de place Soins /études pour les collégiens et lycéens sur le territoire

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

V. Accès et maintien à la scolarisation et aux études

4. Stigmatisation

- a. Insuffisance de sensibilisation et d'information des enseignants, des élèves et leurs familles à la pathologie
- b. Méconnaissance des ressources existantes et de la manière d'interagir avec les personnes présentant des troubles psychiques

5. Insuffisance d'actions de prévention de l'exclusion scolaire

- a. Programmes de réussite éducative insuffisants
- b. Programmes lutte contre le refus scolaire insuffisants

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- **Constat d'une impasse** après maintien en grande section : risque d'une rupture dans la scolarité quand le passage en CP n'est pas envisageable. On sait que l'enfant ne peut pas être accueilli dans le milieu ordinaire.
- **Paradoxe de l'inclusion partout mais sans les moyens alloués** (pas assez de classe ULIS, offre de temps baisse pour l'EN restreinte ...)
- **Adéquation insuffisante de l'offre** avec les besoins au moment de la transition du collège vers le lycée. Autonomie du jeune pour intégrer les dispositifs au moment de la transition : L'accompagnement apporté favorise-t-il l'accès l'autonomie des jeunes au moment de cette transition ?
- **Importance de la « position d'élève »** pour l'éducation nationale : quid de ceux qui ne peuvent pas avoir cette position d'élève.
- Des jeunes nécessitant une suite à leur « **Projet personnalisé de scolarité** » en sortie du collège : il faut déjà savoir ce qu'on a envie de faire pour rentrer dans un lycée, mais ce n'est pas si simple pour certains adolescents

4. PISTES DE TRAVAIL

V. ORGANISATION DU MAINTIEN OU DE L'ACCES A LA SCOLARISATION ET AUX ETUDES

1. Formation initiale des enseignants
2. Développement des liens de confiance entre école et partenaires de soins
3. Mettre en place des parcours coordonnés de santé/scolarité
4. Augmenter les places soins/études
5. Augmenter les postes d'accompagnant à la scolarité et valoriser ce métier
6. Augmenter les places ULIS-SESSAD-IME-ITEP, corrélés aux besoins

Priorité 2

Le 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

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale promeut l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives des personnes ayant des troubles psychiques à travers des activités de type bénévolat, engagement associatif, activités d'utilité sociale, service civique, adhésion à un groupe d'entraide mutuelle, pratiques artistiques, sportives, intellectuelles, culturelles.

Source : *Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)*

2. DONNEES CHIFFREES

Équipement sportifs et culturels

En Yvelines Nord, on constate une faible densité d'équipements sportifs et culturels par rapport au niveau national.

	Zone Mantes-la-Jolie	Zone Meulan-les-Mureaux	Zone Poissy-Saint-Germain	Zone Montesson	France
Nombre d'équipements sportifs de la gamme intermédiaire⁹ pour 10 000 habitants	1,1	2,1	2,3	2,8	3,1
Nombre d'équipements culturels de la gamme supérieure¹⁰ pour 10 000 habitants	0,04	0,19	0,72	0,52	0,66

Source : Insee, BPE 2017

⁹ L'indicateur comptabilise le nombre d'équipements culturels relevant de la gamme intermédiaire de la base permanente des équipements (BPE), c'est-à-dire, les salles de sport spécialisées, les bassins de natation, les structures d'athlétisme et les pistes de roller, skate, vélo bicross ou freestyle pour 10 000 habitants

¹⁰ L'indicateur comptabilise le nombre d'équipements culturels relevant de la gamme supérieure dans la base permanente des équipements (BPE), c'est-à-dire, les théâtres, cinémas et musées pour 10 000 habitants.

Priorité 2

Le 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

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Offre restreinte	1. Difficultés d'adaptation de la personne elle-même
II. Difficiles d'accès aux loisirs en milieu ordinaire (ex. enfant d'IME en centre de loisirs)	2. Accessibilité financière
III. Difficultés organisationnelles liées à l'accompagnement de la personne vers l'extérieur	3. Accessibilité géographique (trajet trop long, transport...)
IV. Pression sociale négative du milieu ordinaire quant à l'accueil des personnes avec un handicap psychique	4. Accompagnement difficile de la personne
V. Difficulté d'accueil en fonction de l'âge (ex. pas de prise en charge en centre de loisirs à partir de 12 ans)	5. Offre peu visible
VI. Pas assez de GEM dans les communes	6. Stigmatisation
	7. Insuffisance de formation spécialisée des encadrants

ANALYSE DES CAUSES

1. Difficultés d'adaptation de la personne elle-même

- Troubles du comportement (lié à la pathologie, au traitement et à l'instabilité)
- Décalage entre les compétences des personnes et les possibles
- Insuffisance de préparation et d'accompagnement (stabilisation des troubles, réhabilitation psycho-sociale, soutien des aidants)
- L'auto-stigmatisation, mauvaise estime de soi, peur
- Problèmes d'addiction

2. Accessibilité financière

- Coût de l'activité
- Faible revenu, non éligible à la PCH ou aux compléments d'AEEH
- Coût de transport

3. Accessibilité géographique (trajet trop long, transport...)

- En cas de changement de logement (par exemple lié à l'âge, lié au changement de travail, ou d'orientation)
- Maillage et régularité du réseau de transport en commun
- L'éloignement entre l'IME où l'enfant est pris en charge et le centre de loisirs proche du domicile

4. Accompagnement difficile de la personne

- Insuffisance de temps et de moyens pour accompagner la personne vers extérieur
- Insuffisance d'accompagnement social et médico-social
 - En lien avec l'accès aux droits
 - En lien avec les compétences de la personne
 - En lien avec les acteurs des activités : organisateurs, encadrants, participants

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

VI. Accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

5. Offre peu visible

- a. Méconnaissance d'offre
- b. Insuffisance d'offre adaptée (horaire, de niveau etc.) : les activités proposées sont peu adaptées aux capacités physiques réelles des personnes
- c. Modalités d'accès

6. Stigmatisation

- a. Méconnaissance de la pathologie
- b. Exigence de niveau culturel ou sportif
- c. Exigence sociale et relationnelle

7. Insuffisance de formation spécialisée des encadrants

- a. Pas de programme de sensibilisation des encadrants au handicap psychique

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Des jeunes exclus des réseaux du fait du handicap : ils ont du mal à aller vers les activités => tendance vers l'isolement*
- *La société n'est pas prête et préparée à ces personnes et ne tolèrent pas les comportements induits par les troubles ou les traitements.*
- *Institution parfois cloisonnante/protectrice parfois frein à l'inclusion sociale : Il est important d'avoir une démarche plus inclusive pour permettre à la société une meilleure connaissance et plus d'ouverture sur la différence.*

4. PISTES DE TRAVAIL

VI. ORGANISATION DE L'ACCES A LA PARTICIPATION SOCIALE, A LA CULTURE, AUX LOISIRS ET AUX ACTIVITES SPORTIVES

1. Favoriser les rencontres ou l'intégration de proximité pour dépasser les clivages et les résistances.
2. Encourager les conventions et les partenariats entre le sanitaire et les différents centres d'activités culturelles, sportifs, de loisirs.
3. Sensibiliser les collectivités territoriales afin de développer une offre adaptée aux personnes souffrant de troubles psychiques et de faciliter leur participation aux différentes activités : culturelles, sportives, loisirs et citoyenne.
 - Améliorer l'accessibilité par différents moyens : transport, soutien financier (coût réduit) horaire adaptée, encadrement sensibilisé et formé à l'accueil d'un public différent)

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

1. ENJEUX

Le projet territorial de santé mentale développe des modalités permettant d'assurer le soutien nécessaire aux familles et proches aidants afin qu'ils puissent exercer leur rôle d'accompagnants de proximité tout en préservant leur propre santé. Il s'agit notamment :

- De permettre à la famille et aux proches de bénéficier dès le diagnostic d'informations sur la maladie, l'organisation des soins, les services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux, les instances et organisations de défense des droits des usagers, notamment par l'accès à des programmes de psychoéducation et de renforcement des compétences psychosociales.
- D'organiser l'accès des familles et aidants à des temps et des lieux de répit
- De promouvoir au sein des établissements et services sanitaires et médico-sociaux « l'alliance thérapeutique » avec les aidants de proximité
- De développer le soutien aux associations représentatives des proches et familles de personnes présentant un trouble psychique

Source : Projet d'instruction relative aux projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

2. DONNEES CHIFFREES

Centre d'accueil familial spécialisé en Yvelines Nord

En Yvelines Nord, il y a un centre d'accueil familial spécialisé avec une capacité d'accueil de 15 places (CAFS JEANNE CHEVILLOTTE au Mureaux).

Priorité 2

Le 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

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

3. CONSTATS ET CAUSALITES

CONSTATS	CAUSES RACINES
I. Usure des familles et des proches (familles démunies)	1. Méconnaissance des organisations (sanitaires, sociale et médico-sociale), des codes et des droits
II. Dénier des familles	2. Insuffisance d'accompagnement et de lieux de soutien et de répit pour les parents, la fratrie et les proches
III. Insuffisance de soutien	3. La non-compréhension de la pathologie par les aidants
IV. Problématique des relais des aidants : au décès des aidants, qui prend le relais ?	

ANALYSE DES CAUSES

1. Méconnaissance des organisations (sanitaires, sociale et médico-sociale), des codes et des droits

- a. Manque d'un répertoire commun
- b. Méconnaissance des cultures institutionnelles et des langages
- c. Complexité des systèmes et des démarches administratives
- d. Trop d'interlocuteurs et insuffisance de personnes référentes

2. Insuffisance d'accompagnement et de lieux de soutien et de répit pour les parents, la fratrie et les proches

- a. Insuffisance de structures alternatives, structures d'accueil temporaire et familles d'accueil spécialisé
- b. Préoccupation des relais en cas de la maladie, du vieillissement ou du décès des aidants
- c. Insuffisance de formation des assistants familiaux et des équipes éducatives sur les troubles psychiques qui peut entraîner une peur et un rejet des personnes suite à des épisodes de violence et de décompensation.
- d. Absence de dialogue des accompagnants sociaux et sanitaires avec les familles

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- *Problématiques des parents des jeunes adultes qui ré accueillent le jeune à la levée des mesures de placement. L'absence de continuité sur le plan médical à l'issue d'un placement peut être à l'origine d'une rupture de parcours/orientations à suivre.*
- *Certaine banalisation de vécus des fratries avec une absence de culture de prise en charge des fratries (qui se développe actuellement mais insuffisante)*

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

VII. Soutien aux familles et aux proches aidants

4. PISTES DE TRAVAIL

VII. ORGANISATION DU SOUTIEN AUX FAMILLES ET AUX PROCHES AIDANTS

1. Développement et création des accueils temporaires interdépartementaux ?
2. Formations croisées pour les familles d'accueil
3. Simplification des démarches pour l'accès aux droits
4. Actions spécifiques à destination des fratries, offres d'accueil élargies selon les lieux et le profil
5. Informer sur les effets de la maladie, sensibiliser les proches et familles pour avoir une meilleure connaissance des acteurs et des structures
6. Diversifier les supports, proposer des supports différents que les groupes de parole
7. Développer des coopérations entre UNAFAM-SAVS-SAMSAH et autres services
8. Développer des programmes à destination des familles type profamille (UNAFAM)
9. Organiser des communications tout public sur les personnes présentant des troubles psychiques

Priorité 2

Le 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 a risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

PISTES D'ACTION
Extraits des comptes rendus

ACTIONS PROPOSEES PAR LES GROUPES DE TRAVAIL

Extrait des CR de réunions des groupes de travail (Annexe)

- **Organisation d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité**
 - *Mettre en place une plateforme de coordination des acteurs de la santé mentale*
 - *Repérer par territoire les instances de situations complexes*
 - *Création d'une équipe mobile Sanitaire et Médico-social qui pourrait intervenir auprès des professionnels, des familles et des aidants familiaux. C'est une équipe d'appui, de soutien et de coordination en soutien aux autres prises en charge. (éviter l'isolement, rassurer, mettre du lien entre les secteurs ou services)*
 - *Nécessité de prévoir une articulation entre les dispositifs déjà existants ou à venir. (ex. le Dispositif d'Intégration Handicap/DIH et Réponse accompagnée pour tous).*
 - *Création d'un annuaire avec référentiel de missions de chacun (s'inspirer de ROR Répertoire Opérationnel de Ressources)*
 - *Développement d'un système d'information commun pour le partage d'information et de données sur le parcours de la personne concernée (avec l'accord de la famille)*
 - *Création d'un numéro unique pour l'accès à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie (pas un numéro robotisé)*
 - *Développement du partenariat plus régulier avec UNAFAM et les pairs aidants*
 - *Revoir le mode de financements des pathologies chroniques et les critères de financement de la PCH*
 - *Faire évoluer l'outil d'évaluation MDPH*
 - *Développement des équipes mobiles*
 - *Mettre en place des formations croisées avec des échanges de pratiques communs et une immersion encadrée*
 - *Développement de la télémédecine*