

Enquête : Structuration du soin dans les DITEP

L'AIRe n'a de cesse d'alerter, aux côtés des associations du médico-social, sur les conséquences graves qu'entraînent le manque de moyens et de personnel sur la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Plusieurs groupes de travail, composés d'adhérents de l'AIRe, se réunissent périodiquement autour de différents thèmes de réflexion.

Le Groupe de travail "santé mentale", constatant des difficultés rencontrées par les DITEP concernant le suivi médical, psychiatrique et psychologique des enfants, adolescents et jeunes adultes, sans pour autant pouvoir ni identifier ni caractériser de manière précise l'origine de ces difficultés, a élaboré une enquête pour effectuer un diagnostic sur la question du soin en DITEP. Quelles sont exactement les difficultés que les DITEP rencontrent pour garantir l'accès aux soins des enfants et jeunes accompagnés ? Peut-on identifier des facteurs communs à ces difficultés, ou sont-elles strictement inhérentes à la spécificité de chaque structure et de son environnement ? Y-a-t-il des spécificités selon les territoires ?

Les résultats doivent permettre de construire une "feuille de route", des axes de réflexion, de travail et de plaidoyer qui seront portés par l'AIRe.

Méthodologie et répondants

A la suite des réflexions menées fin 2021, le groupe de travail « santé mentale » de l'AIRe a élaboré un large questionnaire (plus de 35 questions, certaines à choix multiples), organisées en trois parties :

- La structuration du soin dans le DITEP
- Le parcours du jeune
- Le territoire

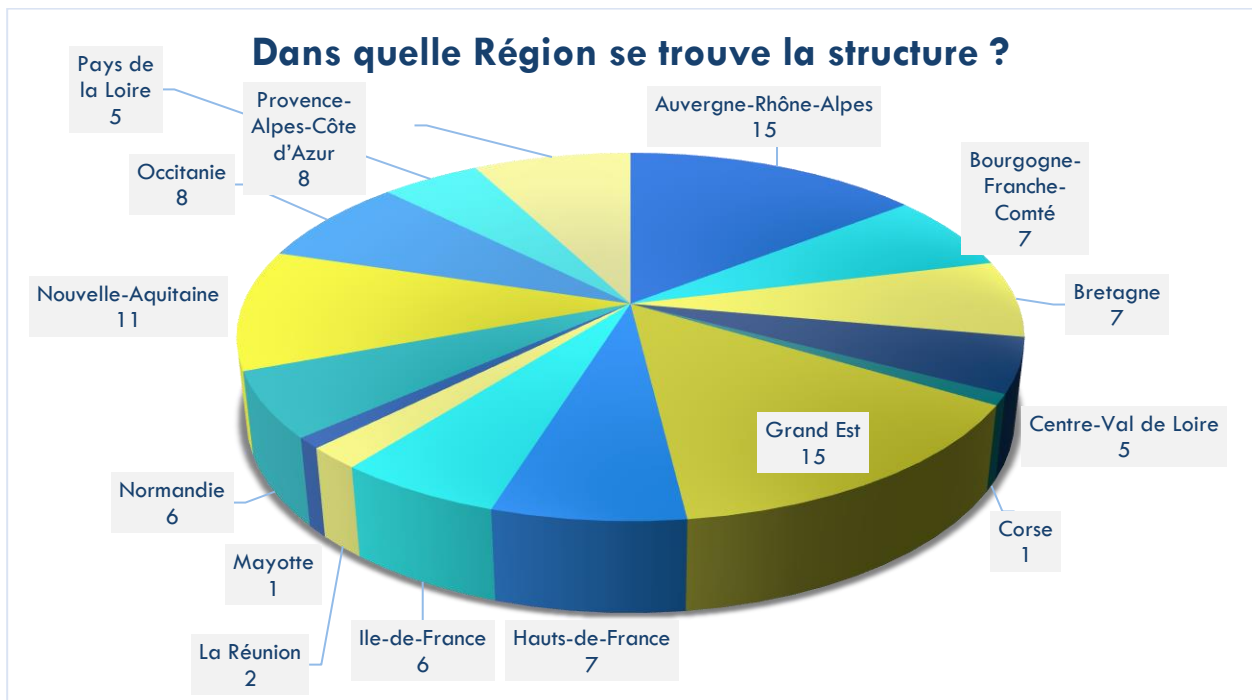
L'enquête a été envoyée en ligne à l'ensemble des adhérents de l'association. Entre le 15 mars et le 06 mai 2022, environ un quart des adhérents de l'AIRe (104 directeurs et responsables de DITEP de toute la France) ont répondu à l'enquête « *Le soin dans les DITEP* ».

L'analyse des résultats de cette enquête permettent d'objectiver les pratiques, les moyens, et les attentes des structures pour la garantie de leur mission de soin¹ et du droit des enfants à la santé, telle que définie par l'OMS², sur l'ensemble du territoire national.

Les réponses proviennent en effet de l'ensemble des régions et des territoires d'outre-mer.

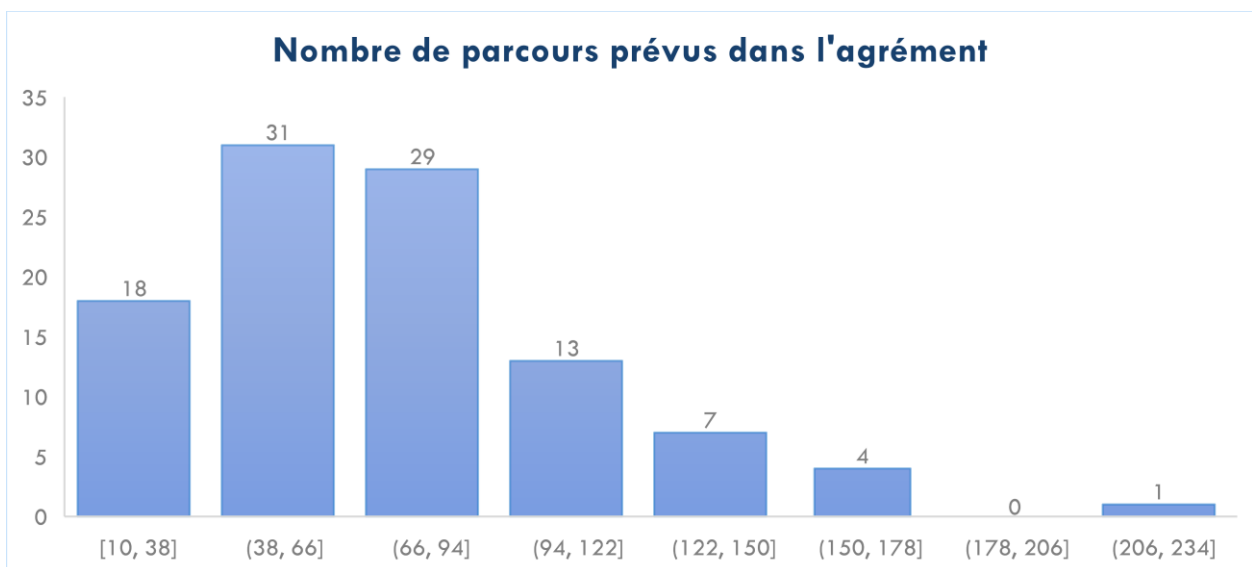
¹ L'article D312-59-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) indique dans son I. que les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, dans leurs missions « *Dispensent des soins et des rééducations* ».

² La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), retient la définition de la santé selon laquelle « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».



Pour des raisons pratiques, la réponse de la Corse est présentée avec celles de la région PACA et les réponses pour La Réunion et Mayotte sont présentées ensemble.

Parmi les réponses, la diversité des structures est également représentée par leurs tailles : d'un agrément pour l'accompagnement de 224 enfants ou jeunes en Nouvelle-Aquitaine, à une petite structure de 10 « parcours » en Auvergne-Rhône-Alpes. La moyenne correspond à un agrément pour 75 parcours d'enfants ou jeunes.



I- La structuration du soin dans le DITEP

La présence effective de plusieurs professionnels médicaux et paramédicaux au sein des DITEP a été interrogée : celle des psychiatres, de médecins pédiatres et généralistes, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciens, d'infirmiers. Les structures disposent-elles de ces postes ? Sont-ils occupés ? Des partenariats sont-ils institués avec des professionnels externes afin d'assurer les prestations ?

« L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. »

« L'équipe [médicale, paramédicale et psychologique] :

1° Comprend :

- un psychiatre possédant une formation dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence, le cas échéant exerçant dans un secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;
- un pédiatre ou un médecin généraliste ;
- un psychologue clinicien ;

2° En fonction du projet d'établissement, comprend ou associe tout ou partie des professionnels suivants :

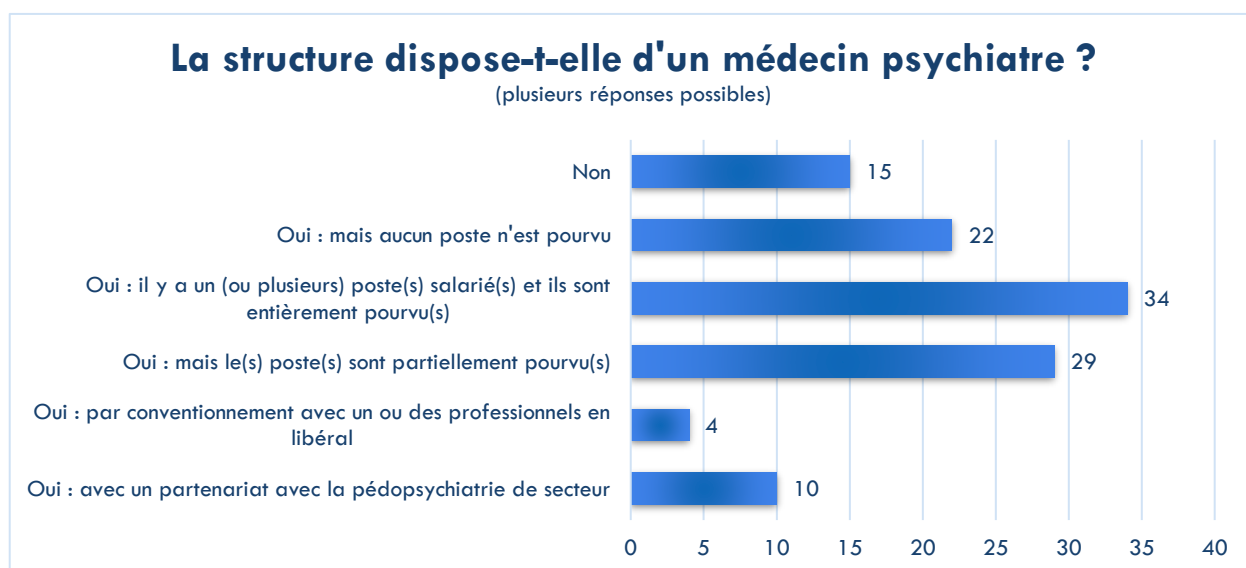
- orthophonistes ;
- psychomotriciens ;
- les auxiliaires médicaux tels que mentionnés au livre III de la quatrième partie du code de la santé publique, requis ;

3° Développe, dans le cadre du projet d'établissement, des liens fonctionnels avec les secteurs de psychiatrie concernés. »

Art. D312-59-9 I. et II. du CASF

Médecins psychiatres

Au total, plus d'un tiers des structures ne dispose pas de médecin psychiatre (37 structures sur 104 n'ont pas de postes ou des postes non pourvus). Un second tiers (29 structures) voit les postes existants pourvus, mais seulement de manière partielle. Seul un dernier tiers (34/104) a effectivement un poste de médecin psychiatre entièrement occupé.

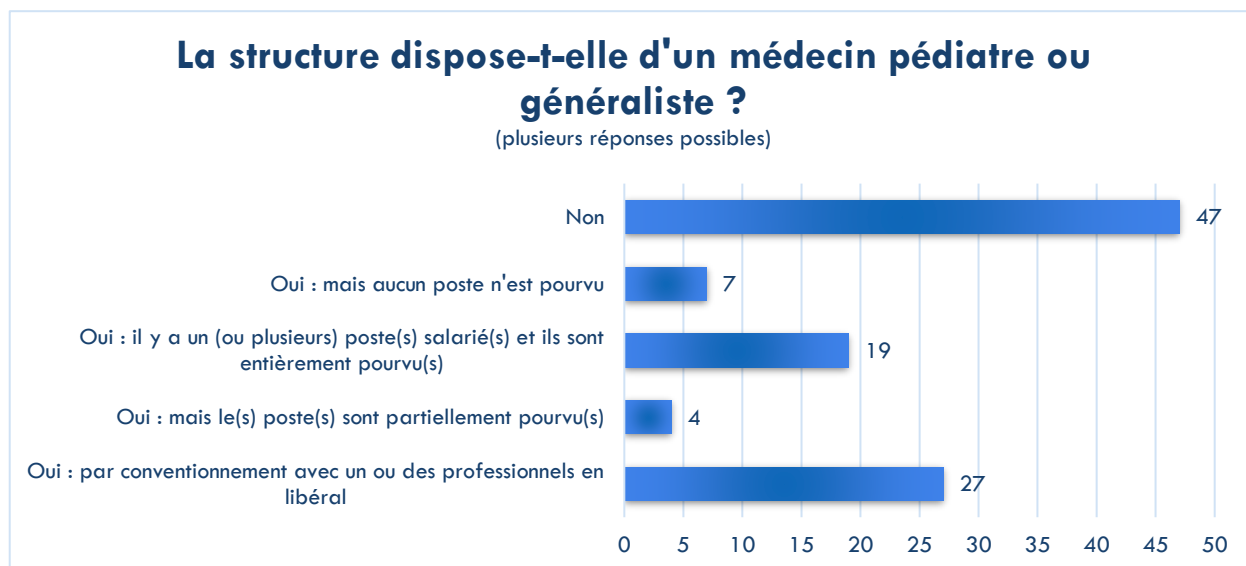


Sur les modalités de coopération, 10% répondent avoir un partenariat pour la mise à disposition d'un médecin psychiatre avec le secteur de pédopsychiatrie, et 4 structures ont des partenariats sur ce point avec des

professionnels en libéral. Ce sont néanmoins les seules professions parmi celles interrogées pour lesquelles les partenariats avec le secteur public (pédopsychiatrie ici, CMPP plus loin) sont plus importants qu'avec les professionnels libéraux.

Médecins pédiatres ou généralistes

Plus de la majorité des structures (52%) n'ont pas de médecin pédiatre ou de médecin généraliste, soit parce que le poste n'existe pas, soit parce qu'il n'est pas occupé. S'ajoutent 4 structures qui ont des postes seulement partiellement pourvus. Finalement, 19 structures déclarent disposer de tels postes de médecins (pédiatres ou généralistes) qui sont réellement occupés.

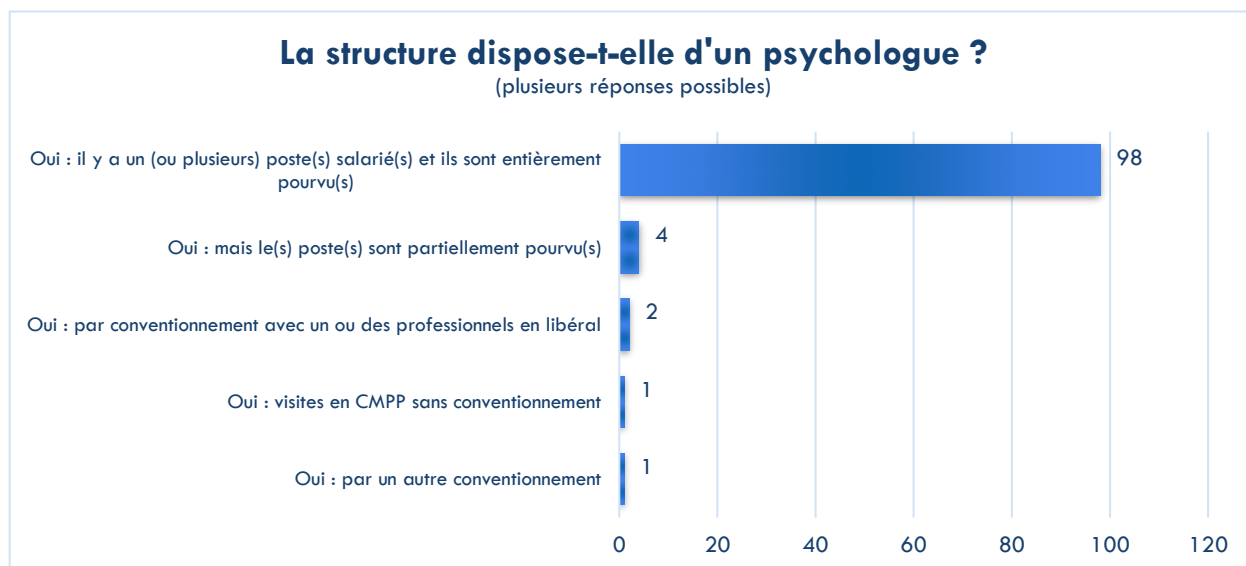


27 structures conventionnent avec des professionnels en libéral pour cette partie du soin.

Psychologues

Les psychologues sont la catégorie de professionnels pour laquelle les résultats montrent le moins de difficultés de recrutement.

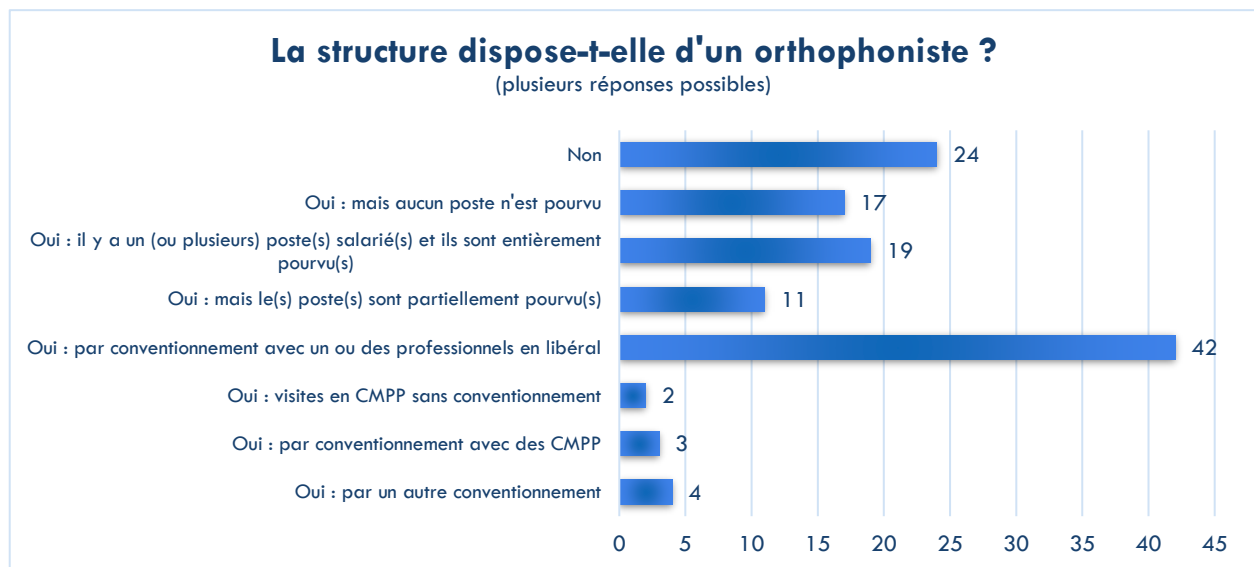
La quasi-totalité des structures indiquent disposer de postes de psychologues, qui sont occupés. Seules 4 structures indiquent des postes partiellement pourvus. On ne trouve aucune réponse de postes totalement vacants ou inexistantes.



Les partenariats pour assurer les prises en charges psychologiques n'apparaissent pas le mode d'action privilégié : 4 structures organisent des consultations à l'extérieur (conventionnement avec des professionnels libéraux, visites en CMPP ou autres). Une seule structure indique organiser à la fois des rendez-vous en CMPP sans conventionnement, un partenariat avec des professionnels en libéral et l'ensemble des postes salariés pourvus. Elle précise qu'il s'agit pour elle plutôt d'une agilité dans les modes de prise en charge proposés que d'une adaptation à un manque de personnel. Aucune structure n'a indiqué passer par des visites en CMPP dans le cadre d'une convention pour les séances de psychologie, ni utiliser la téléconsultation (option existante parmi les réponses proposées).

Orthophonistes

La situation pour les orthophonistes diffère complètement de celle des psychologues. 24 structures déclarent ne pas avoir de poste d'orthophoniste, et 17 supplémentaires indiquent des postes non pourvus.



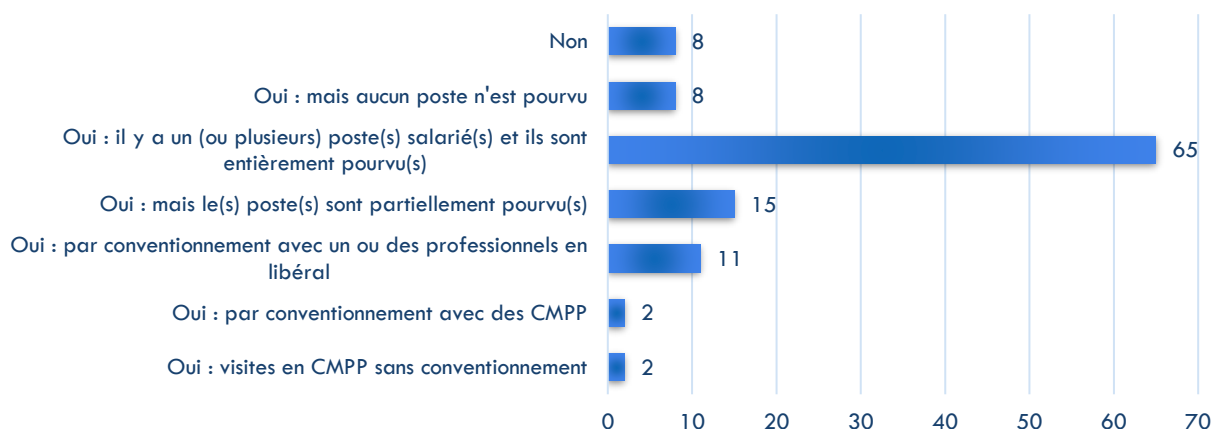
Au total, près de la moitié des structures répondantes (51/104) utilisent des partenariats pour les prises en charge orthophoniques. La grande majorité de ces partenariats sont des conventions avec les orthophonistes libéraux.

Psychomotriciens

Les postes de psychomotriciens dans les DITEP apparaissent plutôt bien pourvus. 65 structures sur 104 ont des postes pourvus entièrement et 15 structures ont des postes partiellement pourvus. 15% des structures (16/104) indiquent ne pas disposer de poste ou des postes vacants.

la structure dispose-t-elle d'un psychomotricien ?

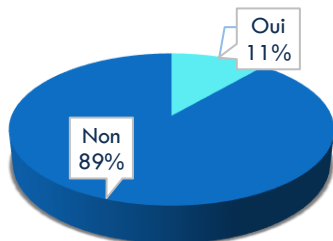
(plusieurs réponses possibles)



Lorsque la psychomotricité est assurée par des partenariats, c'est davantage avec le secteur libéral qu'avec les CMPP, à l'instar de ce qu'on observe pour les autres professionnels paramédicaux.

Conventionnement avec les CMPP

Dans le cas des conventionnements avec les CMPP, payez-vous les prestations ?



Parmi les structures qui utilisent des conventionnements avec les CMPP, la grande majorité (89%) ne paie pas les prestations dans le cadre du conventionnement. 11% indiquent avoir une convention qui implique le paiement des séances.

Les frais d'hébergement et de soins dans les établissements ou services « assurant une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés », ainsi que les frais de soins concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie (art. L160-9-1 CSS et L242-10 CASF).

Cette prise en charge est assurée par le budget alloué aux établissements par l'assurance maladie pour les soins qui correspondent à leurs missions (article R.314-26 CASF). Ainsi, d'une manière générale, l'assurance maladie ne rembourse pas « en double » des soins qui sont déjà pris en charge dans budget de l'établissement car correspondant à ses missions.

Ainsi, dans le cas où un enfant accompagné par un ITEP a besoin d'interventions d'un CMPP pour réaliser certaines prestations, il convient de distinguer plusieurs situations :

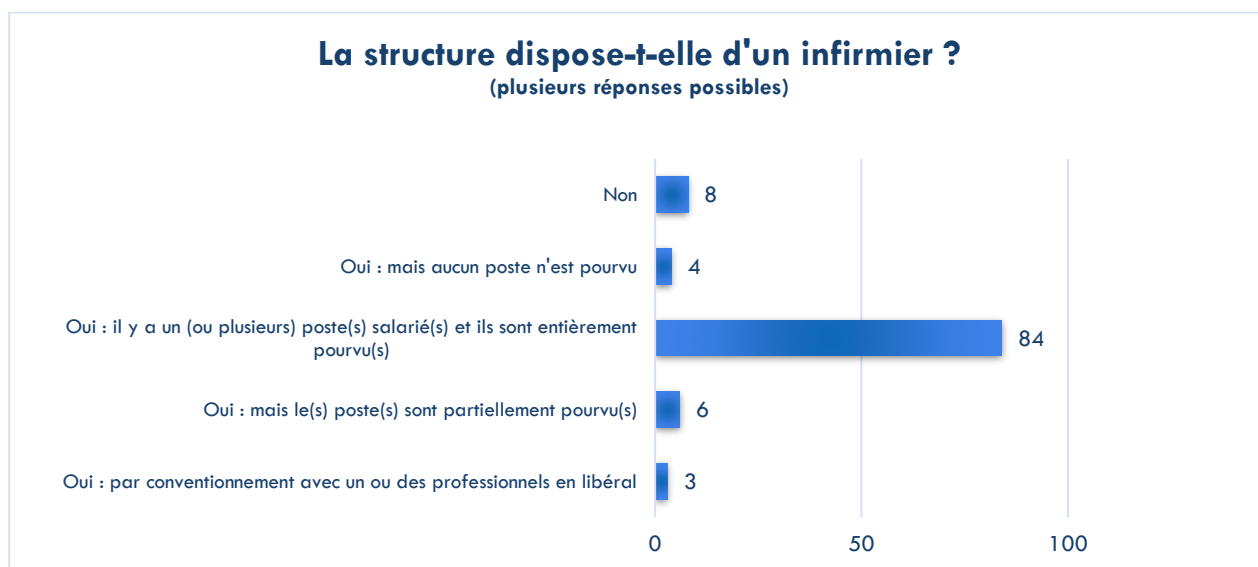
- L'ITEP fonctionne en dispositif intégré et a conventionné avec le CMPP dans ce cadre. La convention de partenariat le dispense alors de devoir demander une dérogation pour une intervention conjointe de l'ITEP et du CMPP. Le CMPP facture ses séances à l'Assurance maladie, sauf si ce dernier est en CPOM (dans ce cas, il est financé par dotation globale).

- L'ITEP fonctionne en dispositif intégré et n'a pas conventionné avec le CMPP ou l'ITEP ne fonctionne pas en dispositif intégré : après prescription du médecin rattaché à l'ITEP, le CMPP doit faire une demande d'accord préalable pour la prise en charge des soins qu'il délivre. Il doit y joindre la prescription et justifier l'intervention d'un CMPP en sus de l'intervention de l'équipe de l'ITEP au sens des critères de l'article R.314-122 du CASF relatif aux soins complémentaires (soit les soins ne relèvent pas des missions de l'ITEP, soit les soins ne peuvent être assurés par l'ITEP de façon suffisamment complète ou suffisamment régulière en raison de leur intensité ou de leur technicité).

En cas d'accord du service médical de la CPAM, le CMPP facture ses séances à l'assurance maladie, sauf si celui-ci est en CPOM (dans ce cas, il est financé par dotation globale).

Infirmiers

Plus de 80% des DITEP interrogés disposent d'un ou plusieurs postes d'infirmiers pourvus. 12 structures indiquent ne pas avoir d'infirmier : 4 parmi elles indiquent que des postes existent mais qu'ils ne sont pas pourvus. 10 structures en tout mentionnent des difficultés de recrutement dont 6 ont des postes partiellement pourvus.



Très peu de partenariats sont utilisés pour les soins infirmiers (3), avec le libéral.

Autres professionnels paramédicaux

51 structures sur 104 (49%) indiquent ne pas avoir recours à d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux que ceux précédemment mentionnés.

Pour l'autre moitié, les réponses indiquent que 38 structures font appel à un ergothérapeute, et 9 structures des neuropsychologues. Sont mentionnés aussi un neuropédiatre et un neurologue. Ensuite, les DITEP citent un ensemble très large de professions médicales, paramédicales, et thérapeutes auxquels il est fait appel, régulièrement ou ponctuellement : dentiste, diététicien, sophrologue, orthoptiste, kinésithérapeute, ophtalmologue, gastroentérologie, médecin ORL, médecin des troubles du comportement alimentaire, art-thérapeute, musicothérapeute, dermatologue, sage-femme, podologue, cardiologue.

On note enfin que sur l'ensemble des spécialités interrogées, il n'y a aucune réponse indiquant que les structures utilisent la téléconsultation, choix qu'il était possible d'effectuer.

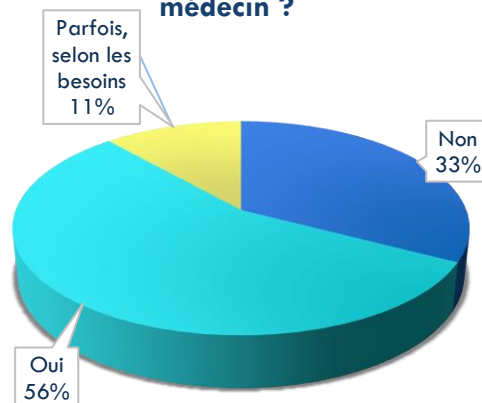
II- Le parcours du jeune

L'admission dans le dispositif

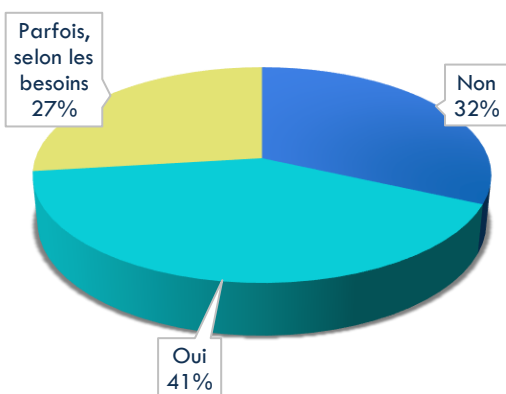
Pour un peu plus de la moitié des structures répondantes (58/104), l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte, rencontre un médecin à l'admission. 11% supplémentaires (12/104) indiquent que la rencontre d'un médecin à ce stade est possible, mais pas automatique.

33% des structures (34/104) déclarent qu'il n'y a pas de rencontre par un médecin au stade de l'admission.

Au stade de l'admission dans le dispositif, l'enfant rencontre-t-il un médecin ?



Un bilan de santé est-il dressé dès l'admission ?



Dans 43 structures sur 104 (41%), un bilan de santé du jeune est dressé dès l'admission. Pour 28 (27%) structures, ce bilan est possible mais réalisé selon les besoins de l'enfant. 33 structures indiquent qu'il n'y a pas de bilan de santé de l'enfant ou du jeune à l'admission.

« L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui :

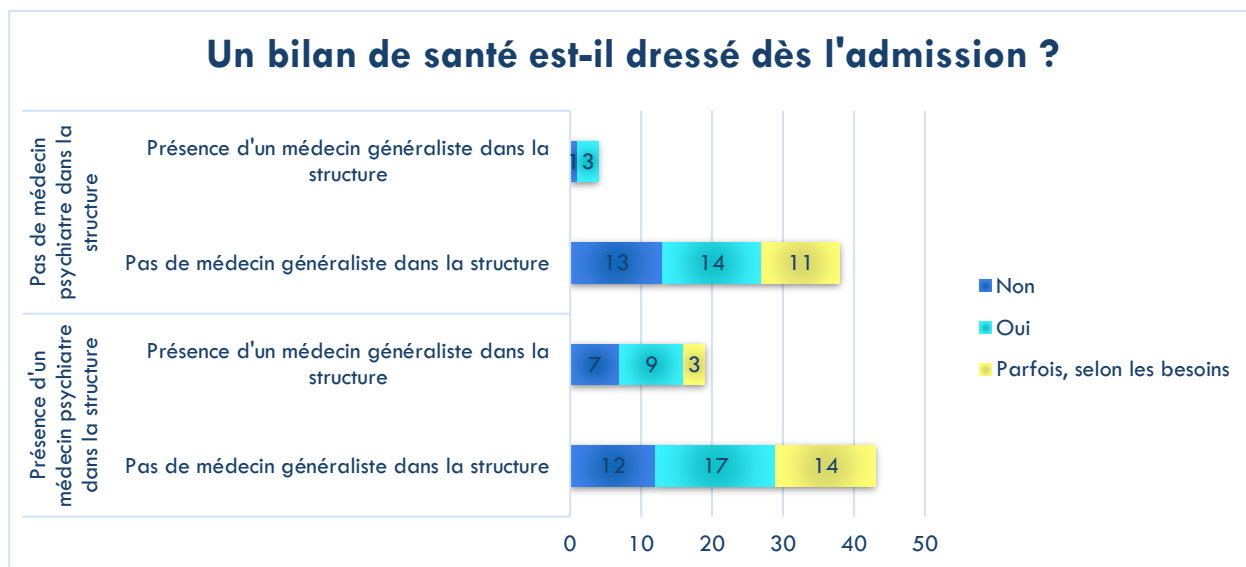
1° Dresse dès l'admission un bilan de santé puis veille à son actualisation pour chaque enfant, adolescent ou jeune adulte accueilli ;

[...] L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. »

Art. D312-59-9 I. du CASF

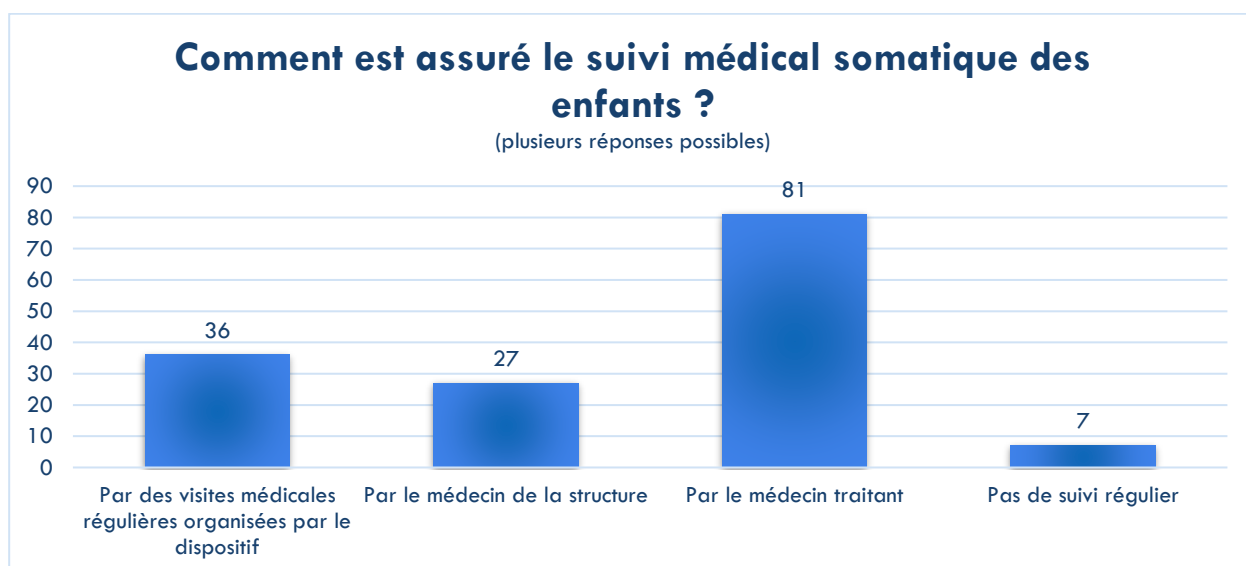
Parmi les 33 structures indiquant qu'il n'y a pas de bilan de santé à l'admission de l'enfant ou du jeune, 13 n'ont ni médecin psychiatre, ni médecin généraliste au sein de la structure (les postes ne sont pas pourvus et/ou elles fonctionnent par des partenariats avec les secteurs public et libéral). 12 structures supplémentaires disposent d'un médecin psychiatre au sein de la structure mais pas d'un médecin

généraliste. En tout, ce sont 26 structures sur les 33 qui n'effectuent pas de bilan de santé dès l'admission (78%), qui manquent soit d'un médecin psychiatre, soit d'un médecin généraliste. 14 structures qui n'ont ni médecin psychiatre, ni médecin généraliste réalisent systématiquement un bilan de santé dès l'admission et 17 le mettent en place alors qu'elles disposent d'un médecin généraliste mais pas de psychiatre.



Le suivi des soins

La majorité des DITEP répondant (81/104) indique avoir recours au médecin traitant de la personne pour assurer le suivi de la santé somatique des enfants, adolescents et jeunes adultes accompagnés. Le médecin de la structure assure ce rôle pour 26% des structures (27/104). 35% des structures organisent régulièrement des visites médicales externes. 7 structures indiquent que sur le plan somatique, il n'y a pas de suivi médical régulier des enfants.



Il faut noter que les résultats indiquent que 36% des structures (38/104) mettent en œuvre au moins deux modalités différentes pour assurer le suivi médical de la santé physique, parmi des visites médicales régulières organisées par le dispositif, le suivi par médecin de la structure et le suivi par le médecin traitant.

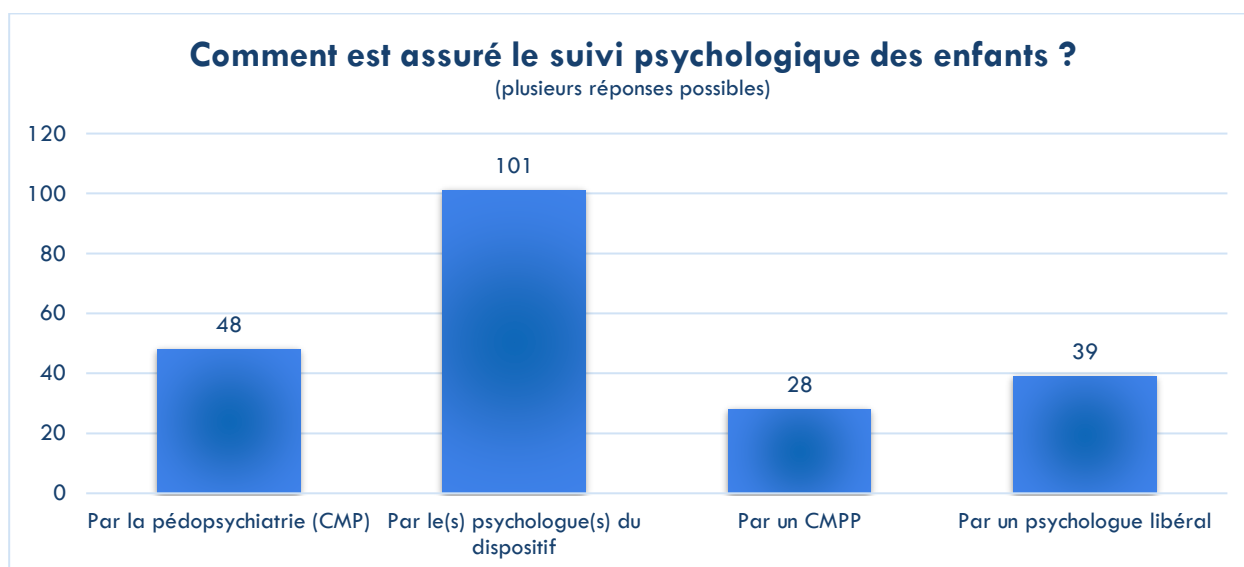
« L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui : [...]

2° Assure une fonction générale de surveillance de la santé physique et psychique des enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis ;

[...] L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. »

Art. D312-59-9 I. du CASF

Pour la quasi-totalité des DITEP, le suivi psychologique est assuré par les psychologues du dispositif. Il faut rappeler que la quasi-totalité des structures disposent de psychologues.



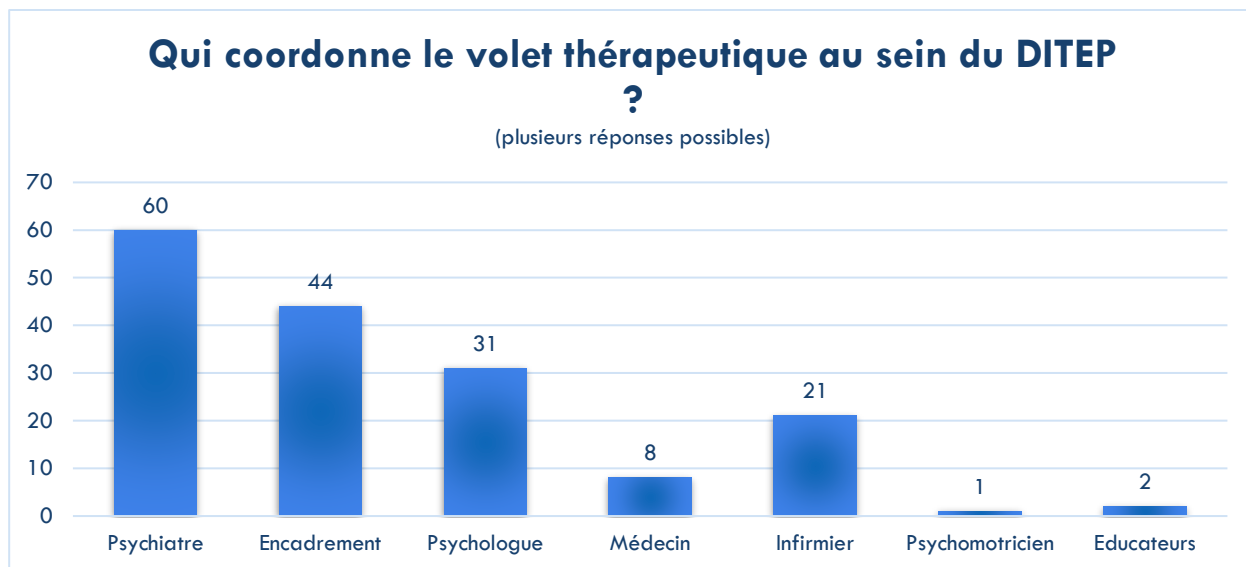
Les résultats indiquent que 63% des structures répondantes (66/104) mettent en œuvre au moins deux modalités différentes pour assurer le suivi psychologique des enfants, adolescents ou jeunes adultes accompagnés. 33% (34/104) utilisent au moins trois modalités. Ainsi, associé au suivi par le psychologue du dispositif, on trouve 46% de structures pour lesquelles le suivi psychologique est assuré également par la pédopsychiatrie, 37% (30/104) indiquent que les suivis psychologiques sont également réalisés en libéral et 27% (28/104) que le suivi psychologique est assuré également par un CMPP. A noter : une réponse indique que la maison des adolescents se charge parfois du suivi psychologique, en plus du psychologue du dispositif, de la pédopsychiatrie et du libéral ; une autre réponse indique que le psychologue de placement familial spécialisé (aide sociale à l'enfance) est parfois mobilisé au-delà du psychologue du dispositif, de la pédopsychiatrie et du libéral.

La coordination des soins

Les réponses concernant la coordination du volet thérapeutique au sein du DITEP montrent une coopération entre les membres de l'équipe médicale, paramédicale et psychologique, et même au-delà.

La grande majorité des structures indique une coordination des soins impliquant au minimum le psychiatre, le psychologue et/ou le médecin. Une direction précise « *collégialement groupe soin et direction* », une autre « *lien thérapeutique par le psychiatre et la psychologue avec une vision globale du projet par le cadre* ».

Mais 12 structures n'ont indiqué que l'encadrement, sans autre professionnel associé, pour la coordination du volet thérapeutique au sein du DITEP. Sur ces 12 structures, 7 ne disposent pas de médecin psychiatre du tout et 3 ont des postes seulement partiellement pourvus. Une direction explique que c'est « *Le directeur en lien avec les psychologues de l'établissement en l'absence du pédopsychiatre* ».



Une seule structure indique que l'infirmier coordonne seul, elle dispose d'un poste de psychiatre qui n'est que partiellement pourvu. Le reste du temps, lorsque les infirmiers sont associés, c'est toujours en relation avec le médecin psychiatre, le médecin généraliste/pédiatre ou le psychologue. Il en va de même lorsque les éducateurs et le psychomotricien sont associés.

« *L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui : [...]*

3° Veille à la réalisation du projet d'établissement dans sa dimension thérapeutique ;

[...] L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. »

Art. D312-59-9 I. du CASF

L'interdisciplinarité de la dimension thérapeutique

Les répondants estiment fortement que c'est l'ensemble de l'équipe professionnelle du DITEP qui concoure à la dimension soignante. Les réponses indiquent donc que c'est bien en lien avec l'équipe interdisciplinaire que l'équipe médicale, paramédicale et psychologique, veille aux soins et au soutien psychologique.

« L'équipe interdisciplinaire comporte une équipe médicale, paramédicale et psychologique qui : [...]

4° En lien avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire et les partenaires extérieurs, notamment les médecins traitants, met en œuvre, au sein de l'établissement, et veille à la délivrance, à l'extérieur de celui-ci, de toute forme de soins et de soutien psychologique ;

[...] L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. »

Art. D312-59-9 I. du CASF

En moyenne, sur une échelle de 1 à 10, les répondants situent à 7,7 la prise en compte de la dimension soignante par l'ensemble de l'équipe professionnelle du DITEP.

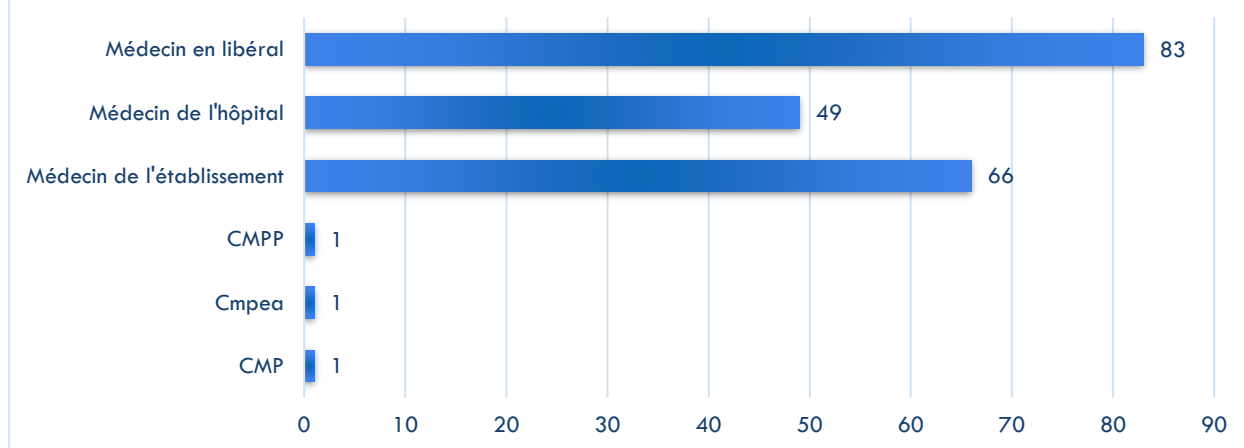


Les prescriptions médicales

Les prescriptions médicales de traitements sont effectuées majoritairement par les médecins en libéral (pour 80% des réponses (83/104)). Mais 68% des répondants indiquent au moins deux types de prescripteurs. Le médecin de l'établissement intervient dans les prescriptions pour 63% des structures, et les médecins hospitaliers pour 47% des structures.

Par qui sont faites les prescriptions médicales ?

(plusieurs réponses possibles)



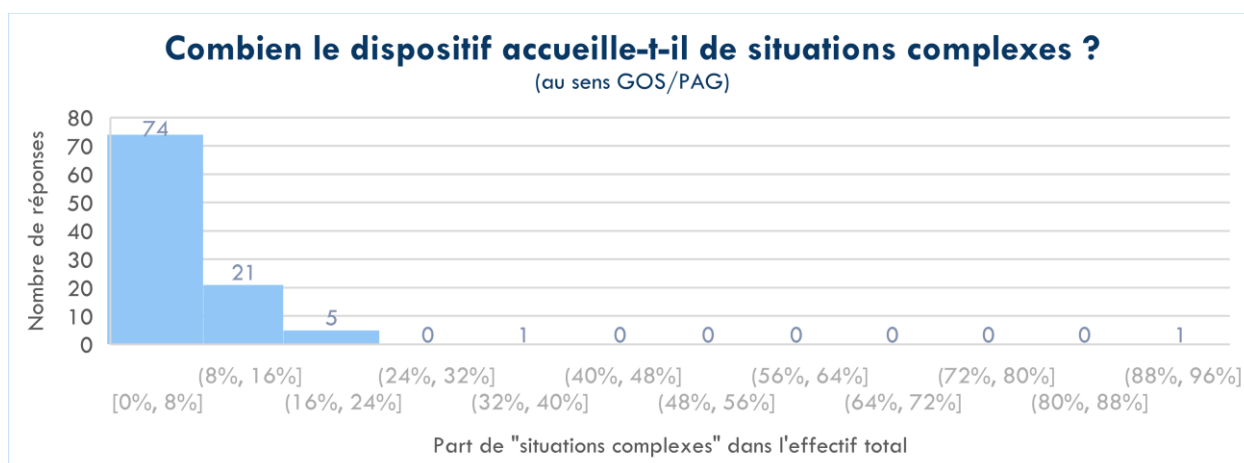
« L'équipe médicale, paramédicale et psychologique est animée par un médecin psychiatre, qui en coordonne les actions. Aucun traitement n'est entrepris s'il n'a été prescrit par un médecin. »

Art. D312-59-9 I. du CASF

Difficultés des jeunes accompagnés

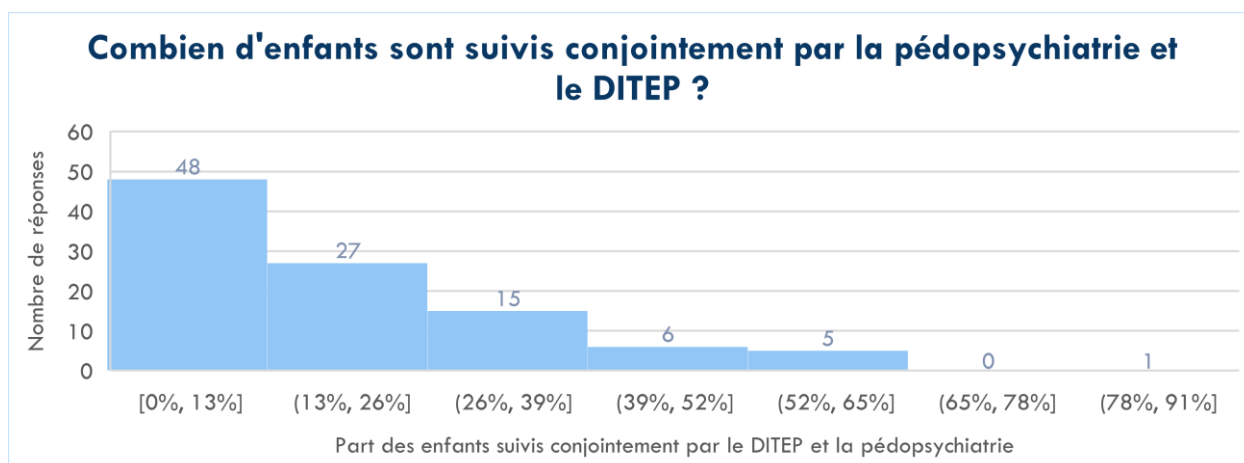
En moyenne, les structures indiquent accompagner 6,7% d'enfants, adolescents ou jeunes adultes en situation complexe, au sens GOS/PAG³, par rapport à leur effectif global.

Les réalités sont fortement variables : d'aucune situation complexe dans 21 structures (20% des structures) à 94% de situations complexes pour le DITEP de Mayotte (32 enfants sur 34).

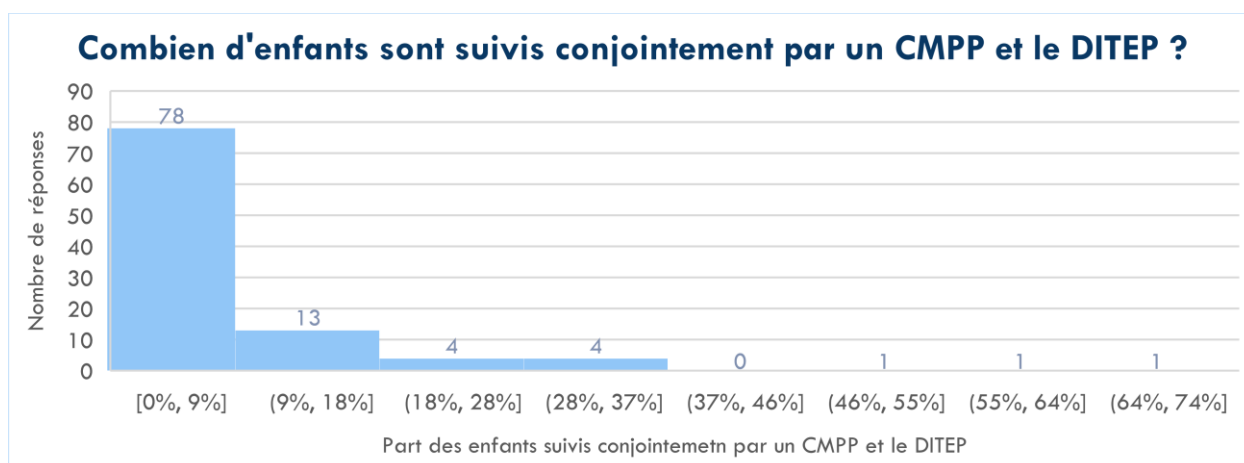


³ Le plan d'accompagnement global (PAG) est contenu dans le plan personnalisé de compensation de la personne en situation de handicap, en cas « d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues » ou « de **complexité de la réponse à apporter, de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne** ». La CDAPH, lorsqu'un PAG est défini, peut ainsi désigner nominativement les établissements, services de toute nature ou dispositifs qui se sont engagés à accompagner sans délai la personne. Le groupe opérationnel de synthèse (GOS), qui comprend les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan, peut être réuni en vue d'élaborer ou de modifier un plan d'accompagnement global.

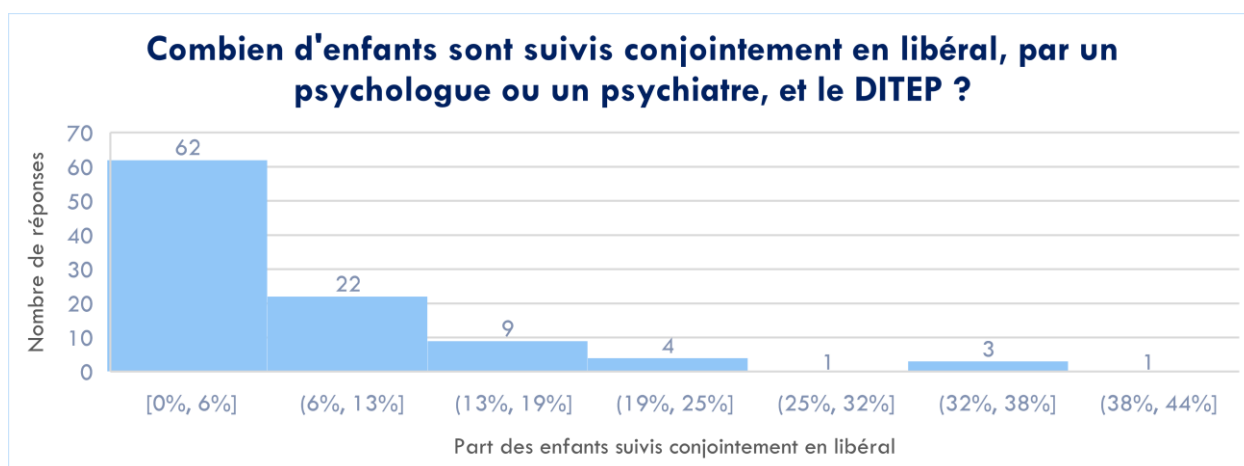
En moyenne, 18,9 % des enfants accompagnés par les DITEP sont suivis conjointement en pédopsychiatrie. Dans 9 DITEP (8,6% des structures) aucun enfant n'est accompagné conjointement par la pédopsychiatrie.



Les DITEP accompagnent en moyenne 6,9% d'enfants suivis conjointement par un CMPP. Pour 40% des structures (42/104), aucun enfant n'est suivi par un CMPP. La plus grosse proportion s'élève à 67% des enfants suivis par un CMPP et le DITEP.



En moyenne, 7,2% des enfants accompagnés par les DITEP sont suivis en libéral par un psychologue ou psychiatre. Dans 21 structures (20%), il n'y a aucun enfant suivi en libéral.



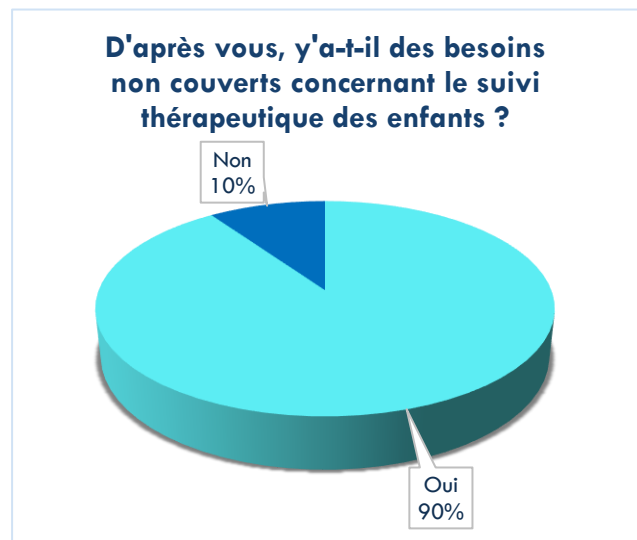
« Pour mettre en œuvre les missions définies au I du présent article, les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques disposent d'une équipe interdisciplinaire qui :

1° Conjuge des actions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques sous la forme d'une intervention interdisciplinaire réalisée en partenariat avec les équipes de psychiatrie de secteur, les services et établissements de l'éducation nationale et, le cas échéant, les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la protection judiciaire de la jeunesse ; »

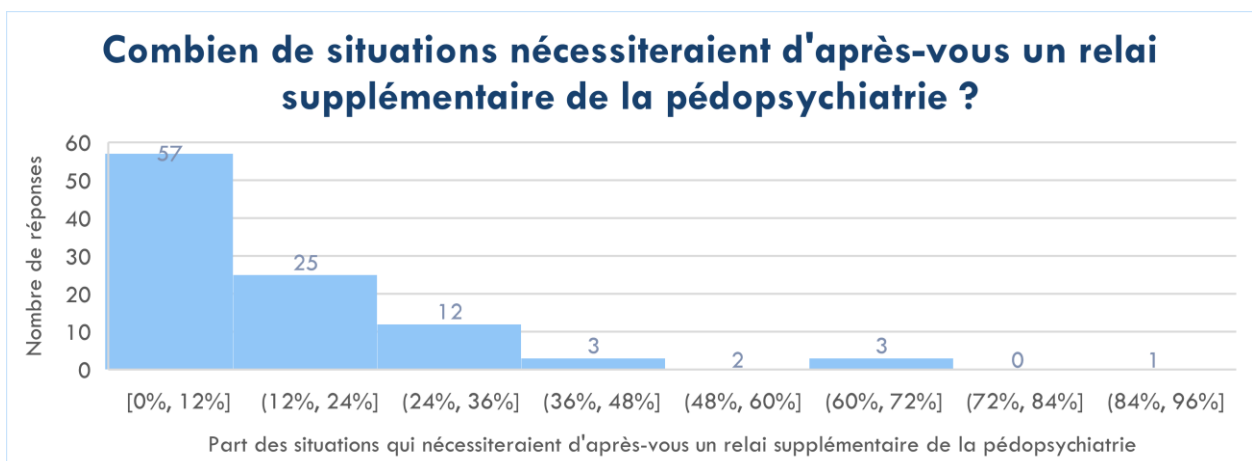
D312-59-2 II. CASF

Besoins non couverts

90 % des personnes interrogées (93/104) estiment qu'il existe des besoins non-couverts concernant le suivi thérapeutique des enfants accompagnés dans les DITEP.



En moyenne, les répondants estiment que 15,8% des situations d'enfants nécessiteraient un relai supplémentaire d'accompagnement par la pédopsychiatrie. Cette estimation s'élève jusqu'à 86,5% des effectifs qui nécessiteraient un suivi supplémentaire, pour l'un des répondants.

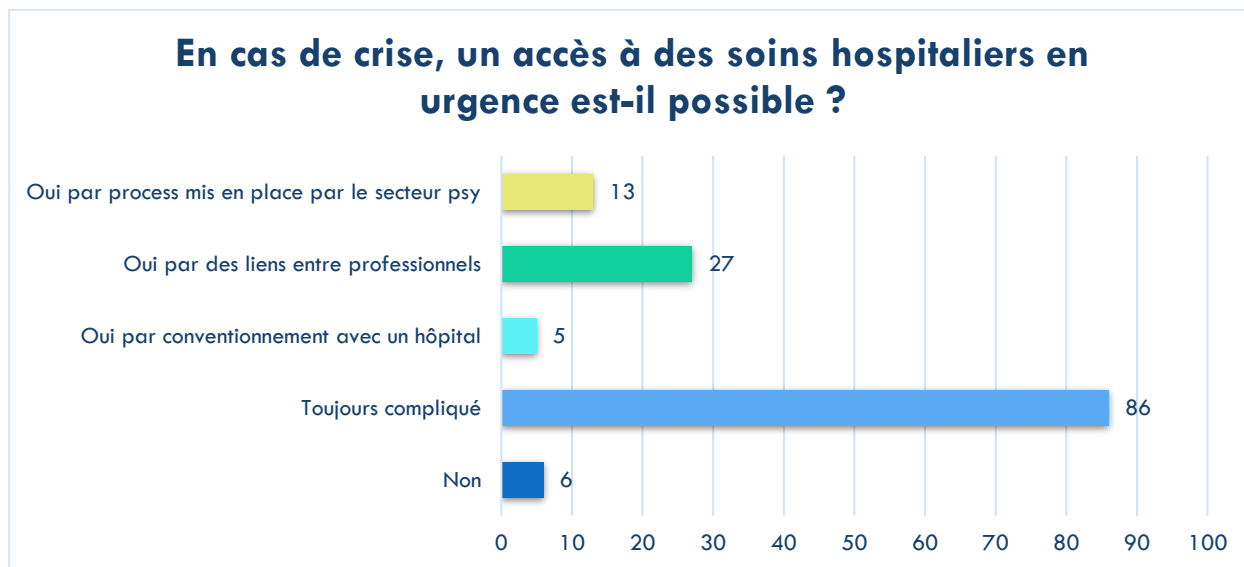


III- Le territoire

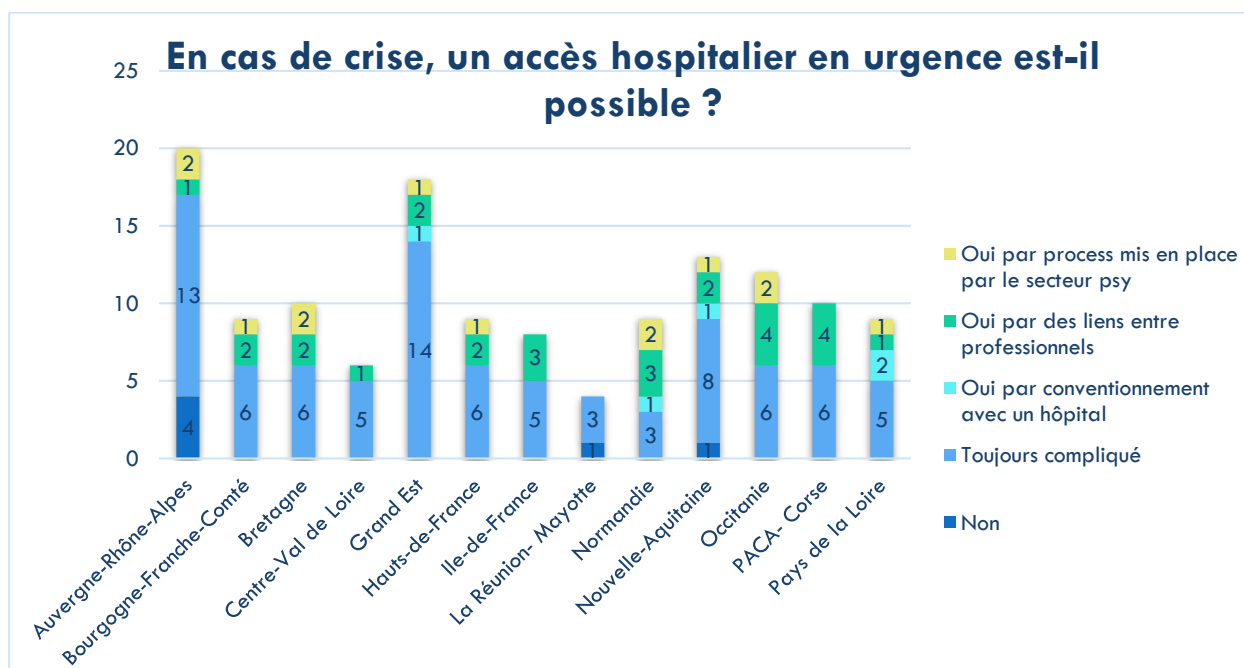
L'accès aux soins hospitaliers en urgence

La grande majorité des réponses (83%) indiquent qu'il est toujours compliqué d'accéder à des soins hospitaliers en urgence, en cas de crise (86/104). 6 réponses indiquent que cet accès n'est tout simplement pas possible.

Lorsque l'accès à des soins hospitaliers en urgence est rendu possible, c'est majoritairement grâce à des liens entre professionnels (pour 26% des réponses) ; ensuite grâce à des procédures mises en place par la psychiatrie de secteur, et très rarement par conventionnement avec un hôpital.



Ce sont des DITEP situés dans les régions AURA, La Réunion et Nouvelle-Aquitaine qui indiquent que des soins hospitaliers en urgence sont inaccessibles. Dans l'ensemble des régions, plusieurs structures indiquent que l'accès est toujours compliqué. Des conventionnements avec des hôpitaux pour un accès aux soins en urgence existent dans les régions Grand-Est, Normandie, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire.

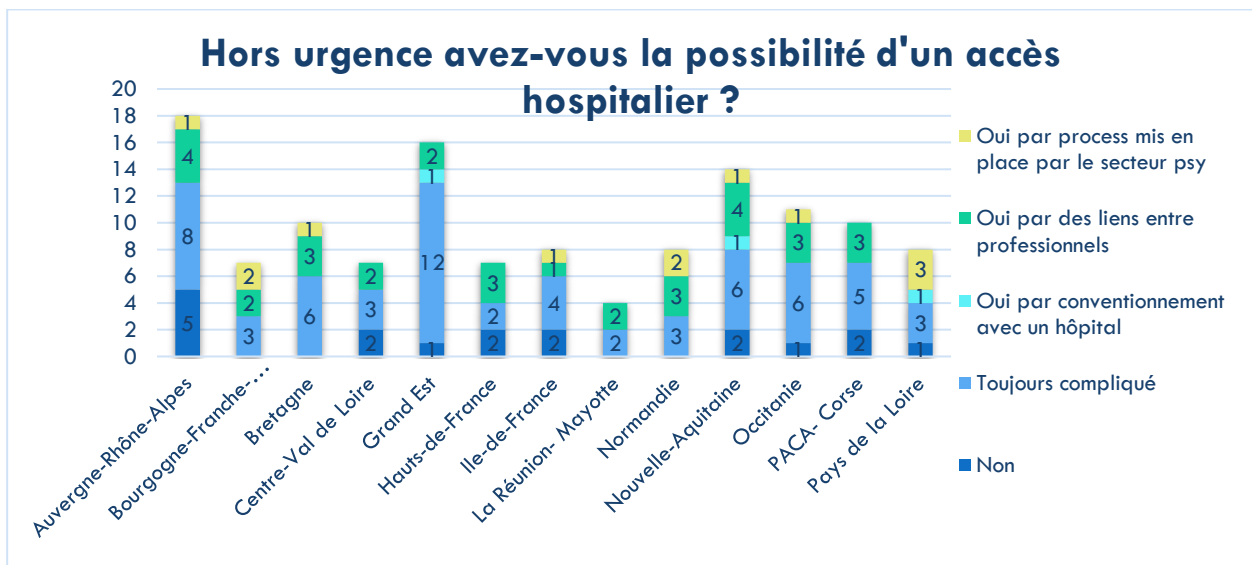


L'accès aux soins hospitaliers, hors urgence

En dehors des cas d'urgence, ce sont 17% des DITEP (18/104) qui n'ont pas d'accès hospitalier en cas de besoin. 60% estiment que cet accès hors urgence est toujours compliqué (63/104). Comme pour l'accès en urgence, lorsque les soins sont accessibles, c'est essentiellement grâce aux liens entre professionnels (pour 30% des structures) et très rarement par un conventionnement avec l'hôpital (seulement 3 DITEP indiquent des conventionnements).



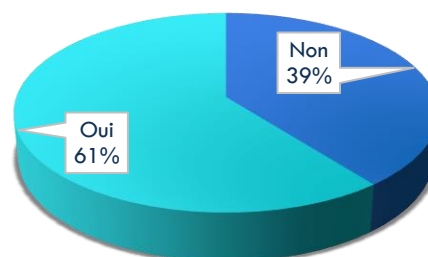
Dans 9 territoires, des DITEP indiquent ne pas avoir d'accès aux soins hospitaliers hors urgence : les régions AURA, Centre Val de Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays-de la Loire. Des structures du Grand-Est, de la Nouvelle-Aquitaine et Pays-de la Loire indiquent un conventionnement avec un hôpital sur cet aspect de l'accès aux soins hospitaliers hors cas d'urgence.



Les équipes mobiles

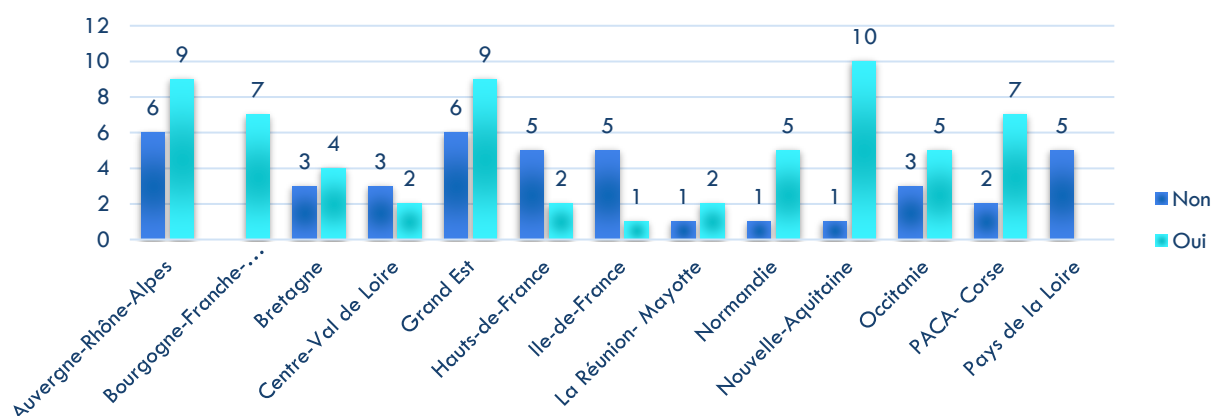
63 DITEP sur 104 (61%) indiquent la présence d'une équipe mobile de pédopsychiatrie sur leur territoire. 41 DITEP (39%) répondent qu'il n'y a pas d'équipe mobile sur le territoire.

Existe-t-il sur le territoire une équipe mobile de pédopsychiatrie ?

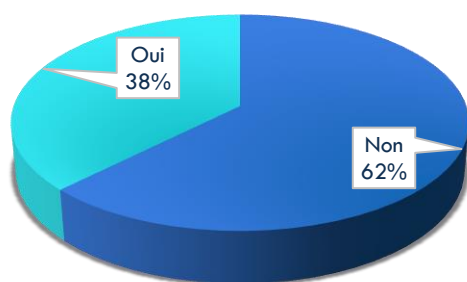


La région Pays-de la Loire est le seul territoire sur lequel aucun DITEP n'indique la présence d'une équipe mobile de pédopsychiatrie sur le territoire.

Existe-t-il sur le territoire une équipe mobile de pédopsychiatrie ?

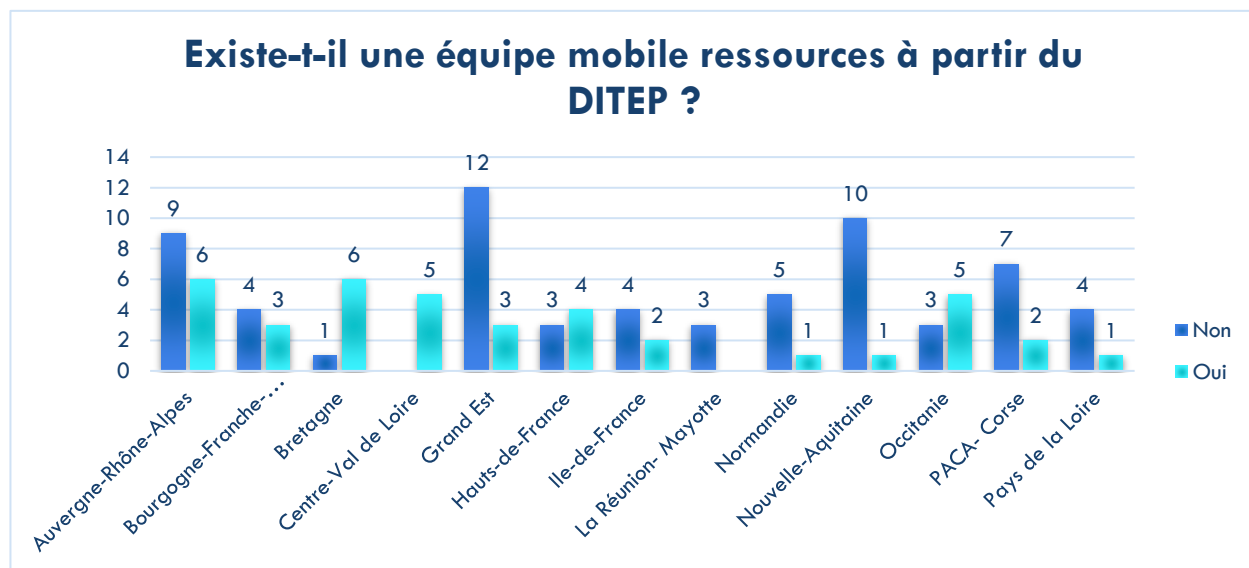


Existe-t-il une équipe mobile ressource à partir du DITEP ?



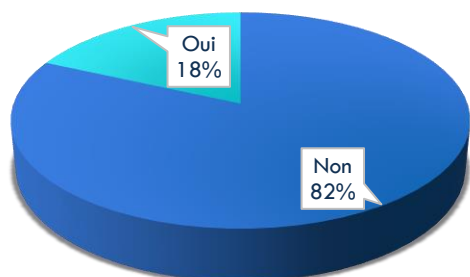
38% des DITEP répondants (69/104) ont une équipe mobile ressource à partir du dispositif ITEP. 62% (65/104) n'en ont pas.

On trouve des équipes mobile ressources à partir de DITEP sur l'ensemble des territoires, hormis à La Réunion et à Mayotte.



Politique publique territoriale de santé mentale : Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Le DITEP est-il associé au Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) ?

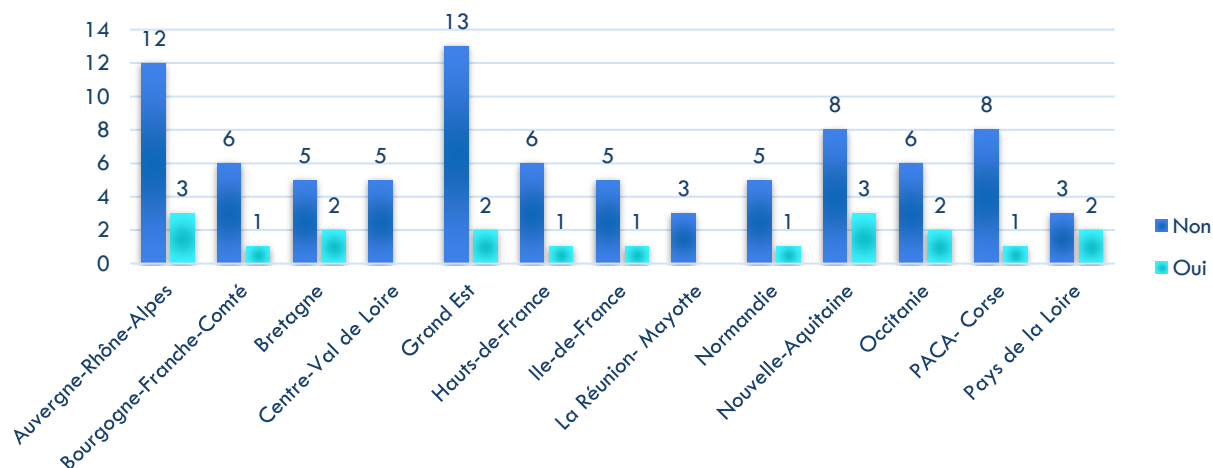


Les DITEP sont assez peu associés au CLSM. Seuls 19 DITEP sur 104 indiquent être associés à cette commission.

Il faut préciser que les CLSM sont encore inégalement déployés et couvrent inégalement les territoires.

En Région Centre-Val de Loire, à La Réunion et à Mayotte, aucun DITEP n'est associé au CLSM.

Le DITEP est-il associé au CLSM ?



« Le CLSM est une instance de concertation et de coordination entre :

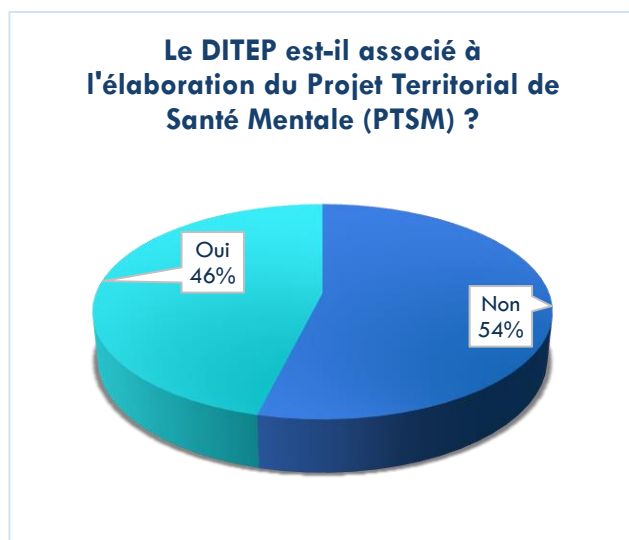
- les élus locaux d'un territoire,
 - tous les acteurs travaillant dans le champ de la santé mentale (dont ceux exerçant les missions de psychiatrie de secteur, les acteurs du secteur social et médico-social, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé...)
 - les habitants,
 - les associations d'usagers,
 - les usagers eux-mêmes lorsque cela est possible,
 - les associations d'aidants,
 - l'ARS,
 - le préfet de département,
- en vue :

- d'appliquer les politiques nationales de santé mentale,
- de définir, mettre en œuvre et suivre, en commun, des politiques locales et des actions pour améliorer la santé mentale,
- de rapprocher l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale afin notamment de clarifier et mieux coordonner les actions de chacun.

Il concourt ainsi à l'amélioration des prises en charge et du parcours de santé mentale des usagers sur un territoire. »

Instruction N°DGS du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

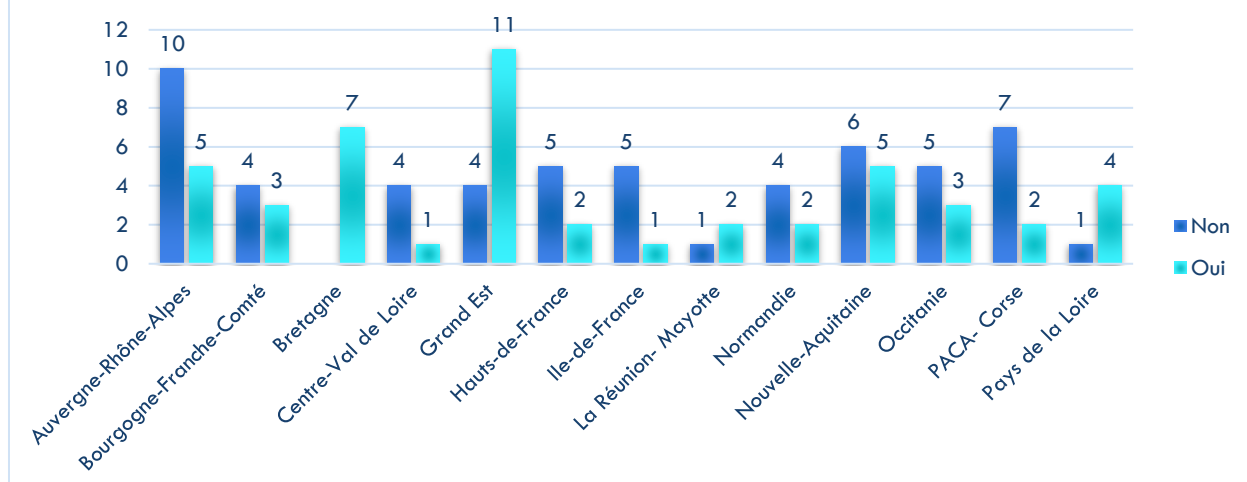
Politique publique territoriale de santé mentale : Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)



Une petite moitié des DITEP répondants (48/104) sont associés à l'élaboration du PTSM.

Dans toutes les Régions des DITEP sont associés au PTSM, hormis à Mayotte (ce qui n'apparaît pas sur le graphique en raison du rapprochement des données entre La Réunion et Mayotte). En Bretagne, l'ensemble des DITEP répondants indique être associé au PTSM.

Le DITEP est-il associé à l'élaboration du PTSM ?



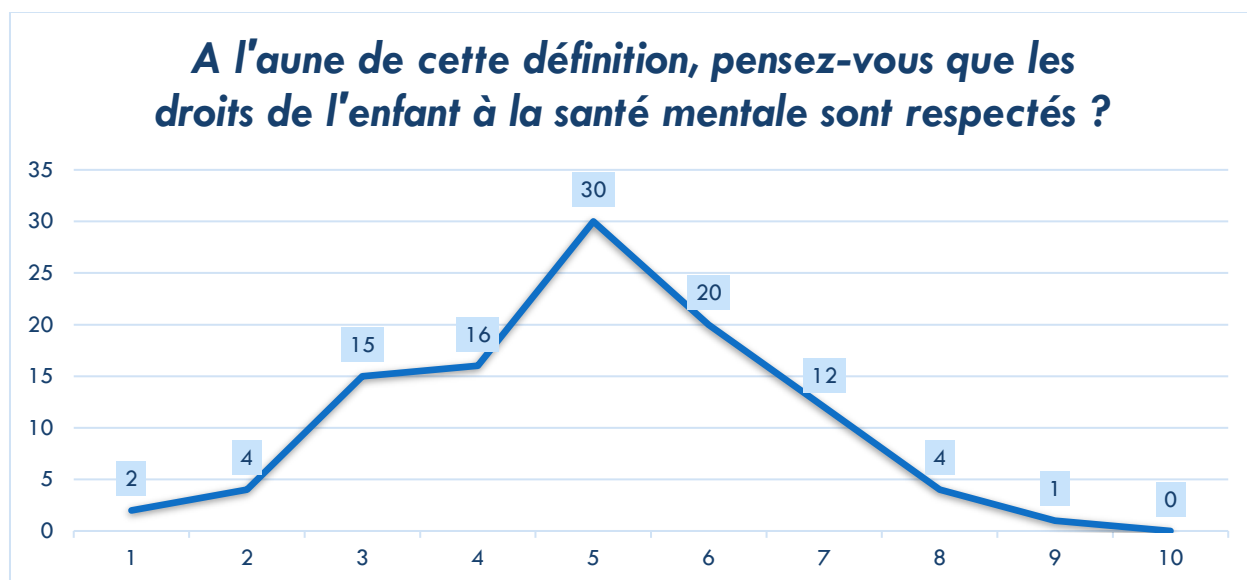
« Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ».

Art. L3221-2 II. du Code de la santé publique

Pour finir...

Le rapport du Défenseur des droits 2021- "Santé mentale des enfants : le droit au bien-être" indique : *"Veiller au respect de l'ensemble des droits de l'enfant, c'est participer à sa bonne santé mentale. Et inversement, veiller à la santé mentale de l'enfant, c'est lui donner la possibilité de jouir effectivement de ses autres droits."*

A l'aune de cette définition, les répondants estiment, sur une échelle de 1 à 10, que le droit des enfants à la santé mentale est moyennement respecté, puisque la moyenne des « notes » s'élève à 4,9.



Ces résultats doivent permettre de construire une "feuille de route", d'élaborer des axes de travail et de plaider qui seront portés par l'AIRe.

En effet, l'AIRe n'a de cesse de dénoncer, aux côtés des associations du médico-social, les conséquences graves qu'entraînent le manque de moyens et de personnel sur la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap.