ALPES-MARITIMES

PTSM

Projets territoriaux de santé mentale

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Nouvelles fiches actions inscrites au CTSM depuis le document initial

Département des Alpes-Maritimes

Décembre 2024

codes Comité départemental d'éducation pour la santé Alpes Maritimes

ars Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur

Préface

Le projet territorial de santé mentale (PTSM), dont la mise en place a été annoncée par l'article 69 de « la loi de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016, a fait l'objet, dans les Alpes-Maritimes d'une forte mobilisation des professionnels des différents secteurs de la santé et du médico-social auxquelles se sont associés des représentants des usagers (associations de patients – GEM) et des aidants (principalement l'UNAFAM).

Le PTSM, de fait, répondait à une attente forte des tutelles et aux préconisations de l'OMS de pouvoir disposer, dans le domaine de la santé mentale, d'une gouvernance stable et visible.

Ainsi, l'engagement n°5 **« Relever les défis de la santé mentale »** du plan régional de santé (PRS3) de la région PACA rappelle la nécessité d'une « gouvernance opérationnelle » en précisant que cette dernière était représentée par le PTSM au niveau territorial (le département) et le CLSM au niveau communal.

Le PTSM 06 dans sa première version a été élaboré entre le mois de juin 2019 et le mois de novembre 2020 selon une méthodologie classique, c'est-à-dire à partir d'un diagnostic territorial initial à la fois « quantitatif » mené par le Département de santé publique du CHU de Nice et « qualitatif » issu d'échanges entre les acteurs de terrain largement mobilisés dans leur participation aux 6 groupes de travail thématiques réglementaires, à partir desquels les priorités spécifiques au territoire ont pu être identifiées.

A partir de ces travaux, des fiches-actions ont été élaborées par des porteurs de projets avec l'accompagnement et l'aide méthodologique du CODES06.
A la signature de l'Arrêt d'approbation le 24 février 2021, le projet territorial de santé mentale comportait 21 propositions d'actions et mentionnait également 3 notes d'intention concernant des projets en cours d'élaboration.

Ainsi le PTSM des Alpes-Maritimes a été arrêté pour une durée de 5 ans avec toutefois la possibilité d'être révisé, complété à tout moment.

Depuis la contractualisation qui a concernée 17 actions, le comité de suivi a souhaité maintenir la dynamique en cours en poursuivant ses travaux, au-delà de l'accompagnement des actions en place, avec la possibilité d'intégrer de nouvelles actions sous la forme d'avenants au CTSM.

Les principes fondamentaux propres à la méthodologie choisie dès le début ont été maintenu, pour l'élaboration de nouvelles fiches à savoir :

- un travail collectif valorisant la démarche participative, les temps d'échange et de concertation entre les participants dans un esprit de démocratie sanitaire.
- Une attention particulière portée au respect des droits légitimes des personnes directement concernées par des troubles psychiques, le soutien des aidants et la déstigmatisation
- Une volonté de prioriser l'inclusion sociale et la participation citoyenne.
- La promotion de l'autonomisation des personnes concernées et la prise en compte de leur savoir expérientiel.

Nous proposons, dans ce document, de compiler les nouvelles fiches actions qui ont été élaborées, validées en comité de suivi et inscrite au CTSM sous forme d'avenants depuis le document initial du 24 Février 2021
.

TABLEAU RECAPITULATIF DES NOUVELLES FICHES ACTIONS DU PTSM 06

INTITULE DE L'ACTION	AXES FEUILLE DE ROUTE SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE	PUBLICS	PORTEURS	PAGE
Formation-Sensibilisation : Santé Mentale, un nouveau regard	N° 1	Agents territoriaux en contact avec du public	*Conseil Départemental des Alpes-Maritimes*	**9**
Création d'un Centre Ressources pour l'accès aux soins somatiques et psychiques, au dépistage et à la prévention pour les personnes en situation de handicap psychiques, TND, TA et Autistes	N° 2	Personnes en situation de handicap adultes ou enfants Le personnel de l'APREH y compris pour les établissements non médicalisés Les familles et les aidants Les personnes handicapées vieillissantes	*APREH - Association Pour la Réadaptation et l'Épanouissement de Handicapés*	**19**
Projet Odyssée : Etat des lieux des besoins en psychiatrie de transition ado adulte sur le territoire de Nice Construction d'un parcours de soin de psychiatrie de transition	N°2	Les patients en période de transition entre adolescence et âge adulte (≥ 17 ans et < 21 ans). Les familles et entourage proche du patient démunis face aux troubles du patient mais source d'étayage des soins mis en place. Les professionnels médicaux et non médicaux (sociaux, scolaires…) dans une sensibilisation aux soins indiqués en santé mentale et pour l'intégration du patient en milieu ordinaire.	*Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval* *En partenariat avec le CHU de Nice*	**29**
Pérennisation et extension du Centre	N°2	Tout couple ou famille en souffrance.	*CH STE MARIE*	

Intersectoriel de Thérapie familiale		Institutions en demande de complémentarité (équipe de Profamille, justice, ASE, pédopsychiatrie, associations…)		**41**
Organisation de la prise en charge des personnes présentant un syndrome de Diogène (Guichet unique – Hotline – Comités techniques)	N°2	<u>Pour le guichet unique :</u> tout professionnel en lien avec un habitant présentant le syndrome de Diogène <u>Pour la Hot Line :</u> tout professionnel ou particulier ayant des questions sur le syndrome de Diogène <u>Pour le COTECH :</u> tout professionnel ayant fait une orientation sur le guichet unique	*Compagnons bâtisseurs Provence*	**49**
Plateforme de service pour la coordination des parcours de prévention sanitaire et sociale de jeunes entrant dans la psychose	N°2	Jeunes souffrant d'un trouble psychotique diagnostiqué , âgé de 16 à 25 ans, connus des professionnels de la psychiatrie (enfants/adultes et privée/publique)	*ISATIS*	**57**
Unité mobile d'accompagnement et de psychoéducation pour les proches de personnes souffrant de troubles psychiques et les acteurs du territoire	N°3	Les aidants Les acteurs partenaires : CLSM, Maison de l'Autonomie, l'adresse des aidants, DAC, CPTS, MSP, centre de santé universitaire, les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, MSD, Ville de NICE, CCAS, les associations de familles et d'usagers.	*CH STE MARIE*	**73**

Premier Colloque de réhabilitation psychosociale à Nice	N°3	Acteurs de la santé mentale du secteur social, médico-social et sanitaire Personnes concernées par un trouble psychique et leurs proches (indirectement)	*UNAFAM 06*	**83**

Axe N°1 : Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

Axe N°2 : Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et qualité

Axe N°3 : Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

Projets
territoriaux
de santé mentale

AXE I

**PROMOUVOIR LE BIEN ETRE MENTAL,
PREVENIR ET REPERER PRECOCEMENT LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE,
ET PREVENIR LE SUICIDE.**

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Intitulé du projet : « Formation-Sensibilisation : Santé Mentale, un nouveau regard »

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Direction de la Santé – Conseil Départemental des Alpes-Maritimes
Nom du représentant légal de la structure	Isabelle Buchet, Directrice Adjointe
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Julie Valbousquet, Chef de service Prévention
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	CADAM – 147 Boulevard du Mercantour 06000 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ ibuchet@departement06.fr ☎ 04 97 18 70 33
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ jvalbousquet@departement06.fr ☎ 06 27 09 45 73
Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☐ Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ☐ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☒ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ☐ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Durée prévue du projet (en mois)	36 mois
Date ou période de réalisation pressentie	3 années pleines : 2022-2023-2024

2. Constats/problèmes transversaux PTSM06

Le diagnostic territorial des Alpes Maritimes élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☒ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☐ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☐ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☐ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☐ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☐ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☐ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin
(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)
La crise sanitaire actuelle a mis un éclairage particulier sur le champ de la santé mentale. **La santé mentale peut se définir comme un état de bien-être psychologique, émotionnel et cognitif.**
Être en bonne santé mentale renvoie à la notion d'épanouissement personnel, d'accomplissement, de capacité à se réaliser, d'être en mesure de surmonter les difficultés de la vie quotidienne, de travailler, d'échanger avec les autres et de contribuer à la vie de sa communauté.
La santé mentale est une dimension fondamentale de la santé humaine. Elle se conçoit comme un continuum d'états psychologiques depuis les pathologies mentales les plus graves (champ de la psychiatrie) jusqu'aux situations où les personnes disposent de toutes leurs ressources psychologiques et de leur capacité d'agir.
Elle a donc un sens beaucoup plus large puisqu'elle dépasse la dimension sanitaire pour s'intéresser à tous les domaines qui composent la vie de l'individu (famille, réseau relationnel, emploi, loisirs, qualité de vie). C'est en quelque sorte les ressources dont dispose une personne afin de lui permettre d'identifier et de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins et d'évoluer avec son milieu ou de s'y adapter.

Les principaux facteurs de bonne santé mentale consistent en :
- trouver un sens à sa vie
- entretenir des relations saines
- avoir un sentiment d'appartenance envers sa communauté
- avoir une bonne conscience de soi
- composer avec le stress
- profiter de la vie.

Pourquoi choisir le format de la formation ?

De nombreuses actions - sensibilisations, formations, programmes, campagnes - centrés sur la promotion de la santé mentale ont principalement abordé le domaine de la lutte contre la stigmatisation et les discriminations.

Certaines d'entre elles, en raison de leur originalité ou en raison de l'ampleur des moyens investis ont été largement médiatisées et ont pu être présentées comme des références en la matière. Ces différentes actions, au plan méthodologique ont pu faire appel à des registres de communication extrêmement diversifiés. Certaines se sont centrée sur la contestation des idées reçues, la protestation envers les stéréotypes et les attitudes avec pour objectifs de diminuer les images négatives liées à la maladie psychique et ainsi de rompre avec les comportements de rejet et d'exclusion des personnes qui vivent avec une maladie mentale.

D'autres actions s'appuient sur **un apport d'information** et sur une démarche d'éducation à la santé. Dans ce domaine les interventions cherchent à susciter une compassion, un élan de générosité en faveur des personnes en souffrance psychique. Le but est alors de changer le regard et les comportements vis-à-vis de ces dernières en dénonçant l'exclusion et la ségrégation dont elles sont victimes. Il s'agit encore de révéler et de diffuser largement les réponses possibles à la souffrance psychique, leur pertinence, leur efficacité, leur accessibilité.

D'autres se fondent sur la force de l'observation et des témoignages pour mettre en évidence que l'amélioration de la santé mentale et le rétablissement des personnes ayant une affection psychiatrique est une
perspective évolutive tout à fait valide et crédible. Ainsi des personnes confrontées à un trouble psychique sont en mesure d'apporter un message positif, un message d'espoir et d'encouragement qui confirme que la maladie n'est pas une fatalité. **Dans cet esprit, le contact direct avec des usagers des dispositifs de soins psychiatriques semble constituer un levier très important.**

Enfin, de nombreuses actions ont pour objet d'apporter de l'information sur différents aspects insuffisamment connus des maladies mentales telles que les caractéristiques des différentes affections, la prévalence des troubles, les connaissances en matière d'étiopathogénie et les facteurs de risque identifiés.

Cependant les évaluations menées par l'OMS à l'issue de ces différentes modalités pratiques révèlent beaucoup d'insuffisance et expliquent nombre d'insatisfactions tout particulièrement dans le domaine de la remise en question des préjugés et des attitudes stigmatisantes.
Le constat fait est que même dans les pays développés où un cadre juridique et sanitaire protecteur a été organisé, la stigmatisation et la discrimination n'ont pas été éradiquées et que l'image du malade psychique est toujours extrêmement péjorative.
Dans les pays émergents, l'idée d'une meilleure tolérance est battue en brèche. La maladie mentale est vécue comme honteuse et gênante et les malades sont soient internés, soit éjectés de la famille et livrés au vagabondage.

Les références à la science et à « l'évidence base médecine » semble peu adaptées au champ de la santé mentale parce qu'habituellement décontextualisées et sans prise en compte de la variabilité culturelle et qu'enfin les connaissances et explications sur la santé mentale (données biologiques, neuroanatomiques, physiopathologiques etc.) ne font que renforcer la notion de différence et le clivage normal/anormal (fou) qui augmentent le rejet social.

Ainsi ces actions, qui pour la plupart ont eu un coût élevé et qui portent sur un public divers mais étendu n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et ont généré beaucoup de déceptions.

Cette analyse critique des expériences menées jusqu'alors, à amener à identifier les grands principes (recommandations internationales – GPS Anti-stigma) sur lesquels doivent s'appuyer dorénavant ces interventions.

Ainsi il apparaît que :

1. les objectifs doivent être déterminés à partir du vécu même des personnes concernées par une affection psychique, elle-même victime de la stigmatisation et non pas à partir d'hypothèses théoriques ou à partir des représentations des autres membres de la société.
2. Il est important de prendre en compte la multiplicité des cibles et d'affiner les messages et les modes d'intervention, selon qu'ils s'adressent à des usagers de la psychiatrie, à des aidants, à des professionnels de santé ou même de santé mentale, à des enfants scolarisés ou à des enseignants, aux médias, à la police, à la justice, aux élus, aux acteurs communautaires.
3. Il est important d'associer divers acteurs - professionnels, usagers, aidants, représentants institutionnels - de façon à ce que l'action soit élaborée (coconstruite), développée, menée et évaluée par toutes les parties concernées. Un partenariat de proximité territoriale est largement encouragé.
4. L'action doit prioritairement apporter des informations sur la diversité des troubles psychiques et la perspective de rétablissement mais aussi faire **la promotion du**

respect des droits fondamentaux, généraux et spécifiques des personnes concernées.

5. Il est nécessaire de répéter l'action dans le temps afin de favoriser les changements des idées reçues, des attitudes et des comportements stigmatisants.

Un intérêt particulier est porté à la participation des personnes directement concernées par des troubles psychiques et à la richesse de leur témoignage et évocation de leur parcours de vie et de rétablissement.

Pourquoi une formation – sensibilisation à la santé mentale ?

- Parce que c'est un enjeu de société et de santé publique de grande importance.
- Parce qu'il existe encore trop souvent des inégalités d'accès aux soins.
- Parce que les troubles psychiques peuvent gravement altérer la Capacité à demander de l'aide, à consentir et à s'engager durablement dans les soins.
- Parce que les professionnels peuvent se sentir démunis, en difficulté face à des personnes présentant des troubles de Santé Mentale ; la nécessité de renforcer, de développer leurs connaissances sur les troubles de Santé Mentale

Parce que les personnes vulnérables souffrent le plus souvent de stigmatisation et de discriminations.

B. Objectif général (*) :
Lutter contre la stigmatisation et la discrimination

C. Objectifs opérationnels :
- Développer une culture sur la santé mentale dans une approche bienveillante.
- Changer de regard sur la santé mentale et faciliter la relation avec le public.
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes ayant un trouble psychique.
- Valoriser les compétences relationnelles des agents.
- Travailler sur la/les postures et les hypothèses de résolution de problèmes à partir de cas concrets apportés par les participants

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :
Organisation d'une journée de formation interne par Trimestre, soit 4 journées / an

E. Bénéficiaires :
Les agents du Conseil Départemental des Alpes Maritimes en contact avec du public

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti
Alpes Maritimes

G. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet
- Une salle de formation
- Matériel informatique (ordinateur, rétroprojecteur)
- 2 intervenants formateurs
  - Un médecin psychiatre
  - Un usager des services de psychiatrie ayant faire un parcours de rétablissement et ayant suivi une formation « empowerment »

H. Modalités de suivi :
Calendrier de mise en œuvre, feuilles d'émargement, de présence

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- **Evaluation de Processus**
  - Nombre de formations organisées
  - Nombre de personnes formées
  - Qualité des personnes formées
  - Satisfaction des participants

Les outils d'évaluation

- Un quizz avant / après pour évaluer l'évolution des représentations
- Un questionnaire d'évaluation à chaud à la fin de la journée de formation
- Un questionnaire d'évaluation à froid 3 mois après la formation

4. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

La formation est coanimé avec un usager directement concerné par des troubles psychiques ce qui enrichit la formation par leur témoignage et évocation de son parcours de vie et de rétablissement.

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
   - Le Comité Départemental d'Education pour la Santé (CODES06)
   - L'Association le Pharedes2pôles

4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

5. Autres acteurs

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)

☐ Rétablissement
☒ Promotion de la santé mentale
☒ Développement des compétences psychosociales
☐ Suicide
☐ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…)
☒ Droits des usagers
☐ Bonnes pratiques
☐ Déterminants sociaux de santé
☒ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations
☐ Santé communautaire
☐ Savoirs d'expérience
☐ Inclusion sociale
☐ Emploi
☐ Logement inclusif
☐ Handicap psychique

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	2 228 €/an	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
Conseil Départemental des Alpes Maritimes	2 228 €/an	Acquise
Coût total estimé du projet	2 228 €/an	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[1]**	**Coût (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
Formateur	Psychiatre	0.015	S	**1 428 €**	CODES06
Formateur	Usager Service de psychiatrie	0.015	P	**800 €**	Le Phare des 2 Pôles
Evaluation/logistique	Conseiller formation	0.06	F	**2 475€**	Service Formation du Conseil Départemental

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépense	**Montant (TTC)**
Mise à disposition de la Salle de formation équipée	

[1] **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service

Projets
territoriaux
de santé mentale

AXE 2

GARANTIR DES PARCOURS DE SOINS COORDONNES ET SOUTENUS PAR UNE OFFRE EN PSYCHIATRIE ACCESSIBLE, DIVERSIFIEE ET DE QUALITE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Titre du Projet : Création d'un centre ressources pour l'accès aux soins somatiques et psychiques, au dépistage et à la prévention pour les personnes en situation de handicap psychiques, TND, TSA et Autistes

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	APREH - *Association Pour la Réadaptation et l'Épanouissement de Handicapés*
Nom du représentant légal de la structure	Christophe DUCOMPS, Directeur Général de l'APREH
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Christophe DUCOMPS, Directeur Général de l'APREH
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	549 boulevard Pierre Sauvaigo, 06480 LA COLLE SUR LOUP
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	direction.generale@apreh.org et c.ducomps@apreh.org ☎ 04 93 24 54 00 - Standard ☎ 04 93 24 54 04 – Ligne directe
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	IDEM

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☒ Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ☒ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☒ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☐ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement

	de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ☐ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	12 mois
Date ou période de réalisation pressentie	Du |01|09|2|0|2|4| au |01|09|2|0|2|5|

2. Constats/problèmes transversaux en du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☒ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☒ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☒ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☒ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☒ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☒ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☒ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin
(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)

Les différents schémas et programmatiques régionales et départementales inscrivent la prise en compte du handicap psychique comme un enjeu majeur de santé publique sur le territoire afin de lutter contre les déserts médicaux, de favoriser l'accès aux soins grâce à l'utilisation des nouvelles technologies et de permettre une meilleure prise en charge du handicap psychique. Parallèlement l'Observatoire Régional de la Santé PACA dans son diaporama synthétique de 2022 fait le constat d' « un manque d'accès à la prévention, aux soins et plus largement à la vie sociale, se surajoutent à ces difficultés au point de conduire parfois à des surhandicaps. ». L'ORS PACA, relève également que 31 % des personnes avec un handicap interrogées dans le cadre du Baromètre Santé Handifaction ont déclaré ne pas avoir pu effectuer leur(s) soin(s).

La qualité et l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, notamment ceux atteints par le handicap psychique et notamment les TND - troubles du neurodéveloppement, TSA - trouble du spectre de l'autisme et l'Autisme, constituent actuellement un problème de santé publique et y compris dans les établissements et services médico-sociaux. La problématique est d'autant plus saillante en ce qui concerne le handicap psychique par manque de médecins et tout particulièrement de médecins Psychiatres. Ce constat doit être mis en corollaire avec le délitement actuel de la Psychiatrie hospitalière.
Le volet prévention, particulièrement l'accès aux soins courants et préventifs ainsi que le dépistage sont défaillants, constituant ainsi un sujet de grande préoccupation pour la santé des personnes en situation de handicap.
Par ailleurs, le secteur médico-social est en tension RH et les ESMS peinent à recruter du personnel alors même qu'ils ont de plus en plus besoin de personnels qualifiés pour faire face aux besoins croissants des personnes en perte d'autonomie et/ou en situation de handicap. Tensions fonctionnelles, maintien complexe d'un accompagnement de qualité en ESMS en lien avec les difficultés de recrutement des personnels soignants et éducatifs nous enjoignent vers un changement systémique et structurel dans l'organisation de nos établissements.

Il est également à intégrer que le manque d'accès aux soins et à la prévention pour les personnes en situation de handicap psychique peut entrainer une majoration des troubles et des déviances comportementales exacerbées par des douleurs, des maladies et des affections non déterminées/dépistées de nature somatique. De trop nombreux exemples viennent attester du retour à un état stabilisé lorsqu'un trouble d'origine somatique est dépisté, diagnostiqué et traité chez une personne en situation de handicap psychique, TND, TSA ou Autiste.

Pour les 800 personnes accompagnées par les établissements et services APREH et d'une manière générale les personnes en situation de handicap du territoire maralpin, nombreux sont ceux ayant des difficultés d'accès aux soins courants (dentaire, optique, auditifs) ainsi qu'à la prévention et au dépistage. Les obstacles rencontrés sont pluriels parmi lesquels l'accessibilité de lieux insuffisamment adaptés ou encore l'inadéquation des équipements destinés à accueillir des personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap psychique. Les freins peuvent également être d'ordre financier avec des soins coûteux où les remboursements par insuffisance de couverture assurantielle ne couvrent pas la totalité des dépenses. Par ailleurs, les personnes en situation de handicap doivent faire face à de la méconnaissance ou parfois à des attitudes discriminatoires ou encore stigmatisantes de la part des professionnels de santé, ce qui tend à décourager la prise de rendez-vous. La complexité organisationnelle avec des délais d'attente pour des rendez-vous médicaux qui

s'allongent ou un manque de coordination des différents spécialistes peut rendre complexe et décourager l'intégration des personnes en situation de handicap psychique, TND, TSA ou Autiste dans un parcours de soin adapté et efficace. Il est à ajouter à ce tableau, la très grande disparité de la densité de praticiens en considération des différents territoires du département des Alpes-Maritimes.

Les complexités d'accès à l'imagerie médicale, aux analyses et aux médecins spécialistes accroissent encore plus avant la dégradation des paramètres de bonne prise en charge médicale des personnes en situation de handicap.

Enfin, nous notons une complexité pour les professionnels de santé à appréhender la personne dans sa globalité tandis que la spécificité liée à la pathologie fait trop souvent focus. Ce constat pourrait résulter d'un déficit en matière de formation initiale et de sensibilisation des médicaux et paramédicaux. Les formations mettent l'accent sur les aspects techniques et cliniques de la prise en charge des maladies, au détriment d'une approche plus holistique. Par ailleurs, la pression temporelle exercées sur ces professionnels qui conduisent des consultations médicales limitées en temps laisse peu de place à une exploration approfondie des aspects non médicaux de la vie d'une personne.
Conséquemment, le principe de téléconsultation proposée par l'APREH, en favorisant une approche intégrée des soins somatiques et psychiques pour ses établissements médicalisés ou non permettrait de maximiser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en une forme adaptée.
Il est également à considérer l'approche intégrée du soin suivant le prisme des comorbidités somatiques et psychiques, lesquelles affectent largement les personnes en situation de handicap et y compris dans les établissements de l'APREH.
Le constat est celui de 50% de personnes affectées par des comorbidités somatiques et psychiques dans les établissements gérés par l'APREH.
Le spectre des comorbidités est large :
- Comorbidités psychiques : Troubles de l'humeur, dépression, troubles du comportement et alimentaires, déficit cognitif, trouble anxieux, bipolarité, …
- Comorbidité somatique : Obésité, hypertension, diabète de type 1 et 2, troubles métaboliques et immunitaires, asthme, troubles épileptiformes, …

L'addition de la téléconsultation dans l'arsenal d'action de l'APREH autoriserait le positionnement d'un organisme gestionnaire comme l'acteur/coordinateur du soin des personnes en situation de handicap pour ses établissements et services. Le recours à la téléconsultation devrait également pouvoir bénéficier aux personnes en situation de handicap sur le territoire des Alpes Maritimes en dehors des établissements et services en gestion APREH.
Potentiellement cela concerne tous les usagers, soit 800 personnes et tout particulièrement 110 personnes hébergées en MAS et FAM. L'ouverture sur les différents territoires Maralpins élargit encore plus avant les publics PH susceptibles de bénéficier de la téléconsultation.

Enfin, pour chaque usager ayant intégré le projet, l'information sera tracée dans son Dossier Unique Informatisé. Cette même information sera transmise sur le DMP de la personne et également envoyée aux médecins traitants des personnes par le biais de la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS).

B. <u>Objectif général (*) :</u>

Améliorer l'accès à la prévention et aux soins somatiques et psychiques des personnes en situation de handicap en et hors établissement de l'APREH par la création d'un centre de ressources.

C. Objectifs opérationnels

- Faciliter et développer l'accès aux soins et au suivi psychiatrique et somatique pour les personnes accompagnées par les établissements de l'APREH et potentiellement pour des personnes externes à l'association en mettant en place un système de téléconsultations.

- Associer les familles et les aidants au parcours de soins des personnes en situation de handicap et soutenir les aidants dans leur rôle

- Améliorer l'accès à la prévention et au dépistage pour les personnes accompagnées par l'APREH

- Permettre une continuité de parcours en en amont et en aval d'une hospitalisation

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Objectif opérationnel n°1 :

- Acquérir le matériel de téléconsultation
- Promotion de la téléconsultation auprès :
    - Des équipes,
    - Des personnes atteintes de handicap et de leurs proches
    - Des partenaires

  Une information sera diffusée de manière collective et individuelle pour présenter le projet via différents canaux de communications : affichage au sein des établissements, courriels / courriers, diffusion sur les réseaux sociaux, présentation en réunion institutionnelle et/ou CVS…
- Former les équipes à l'utilisation des cabines de téléconsultation
- Recrutement d'un médecin psychiatre et d'un médecin généraliste à temps plein sur le périmètre associatif APREH avec rattachement à la Direction générale. Les médecins et psychiatres ne sont ainsi plus attachés à un établissement ou à un service, ce qui renforce leur capacité d'action y compris en établissement non médicalisé pour sécuriser les pratiques sur l'observance et la sécurité des médicaments. La démarche permettra d'améliorer la capacité d'attractivité pour ces fonctions dans notre secteur en positionnant ces professionnels en responsabilité de coordination des soins à l'échelle APREH. L'opération permettra également de maximiser les effets de mutualisation pour être en capaciter de proposer des salaires attractifs aux médecins.
- Mise en place de staff pluridisciplinaire à fréquence régulières
- Supervision des équipes soignantes
- Possibilité de solliciter le centre de ressources téléconsultation pour obtenir un avis dans des délais courts. Les demandes pourront être émises via saisine auprès du service de téléconsultation par des professionnels des établissements ou services APREH quels qu'ils soient. Ces professionnels de l'accompagnement auront préalablement mené un recueil des attentes et des besoins de la personne accompagnée, de sa famille ou de son représentant légal dans le cadre de son projet et de ses besoins en santé.

Objectif opérationnel n°2 :

Afin d'associer les familles et les aidants au parcours de soin, différentes activités ou initiatives pourront être mises en place :

- **Réunions de coordination** : des réunions seront organisées avec les familles / aidants et les professionnels de santé pour discuter de l'état de santé, des progrès, et des besoins de la personne en situation de handicap. Le domaine « santé » des projets personnalisés et des projets de soins des personnes s'effectueront en

collaboration avec la famille et les aidants. Cette démarche intègre pleinement les enjeux du référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS par l'HAS mettant en exergue le fait que « L'entourage est associé dans l'accompagnement de la personne. »[2] et que « Les professionnels informent, orientent et/ou accompagnent l'entourage vers les dispositifs de prévention, de soutien et de répit existants. »[3]

- **Formations et Ateliers :** des sessions de formations pourront être organisées à destination des familles et aidants sur des soins spécifiques ou techniques
- **Groupes de Soutien et Réseaux :** l'APREH facilitera la mise en place de réseaux de pairs pour permettre aux familles de s'entraider via des réseaux sociaux ou groupe dont les contenus et les accès seront encadrés.
- **Enquête de satisfaction :** l'APREH pourra organiser une enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires du centre de ressource pour recueillir les données et informations permettant d'améliorer le dispositif
- **Programme de suivi :** Le dispositif organisera un suivi avec les familles et les aidants pour s'assurer que les besoins de la personne en situation de handicap soient satisfaits.

Objectif opérationnel n°3 :
En tant que gestionnaire d'établissement médico-social, l'APREH joue un rôle crucial dans la promotion de la santé, la prévention et le dépistage pour les personnes accueillies. Certaines démarches ont déjà cours et d'autres pourront être mises en place puis développées au titre de la prévention et du dépistage en santé du présent dispositif :

- La mise en place d'un groupe de travail et de réflexion permettant de construire et d'accompagner des parcours de prévention et soins individualisé
- La supervision et le suivi du projet de prévention et de soin holistique par une équipe de professionnels appartenant au groupe de travail et de réflexion
- La promotion d'un mode de vie sain et des ateliers d'éducation à la santé auprès des personnes
- Les campagnes de vaccination, leur promotion
- L'organisation d'examens de dépistages spécifiques (diabète, cancer, hypertension…) et dépistage de troubles sensoriels (vue, auditif)

Objectif opérationnel n°4 :

La continuité du parcours de soins en amont et en aval d'une hospitalisation est essentielle pour assurer une prise en charge complète, cohérente et efficace des patients. Elle permet de réduire les risques de complications, d'améliorer les résultats cliniques et d'optimiser l'expérience des patients. Concrètement la démarche reposera dans un premier temps sur la coordination entre les professionnels de santé du secteur hospitalier et l'établissement médico-social, la personne, sa famille ou son représentant légal. Dans un second temps cette continuité sera rendue possible par le partage et le croisement des informations et données issues du dossier informatisé de la personne (DUI – Dossier Usager Informatisé), de son DLU (Dossier de Liaison d'Urgence), de son DMP (Dossier Médical Partagé) ou Espace de santé partagé et du dossier patient.

E. <u>Bénéficiaires :</u>

- Personnes en situation de handicap adultes ou enfants
- Le personnel de l'APREH y compris pour les établissements non médicalisés
- Les familles et les aidants

[2] *Objectif 1.11 du Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de l'HAS de mars 2022*
[3] *Critère 1.11.2 du Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de l'HAS de mars 2022*

- Les personnes handicapées vieillissantes

F. <u>Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti</u>

29 Etablissements et services médico-sociaux APREH médicalisés ou non médicalisés à l'échelle des villes d'implantation des pôles gestionnaires APREH :
Grasse, Vence, Villeneuve-Loubet, Nice, Saint-Damas, la Brigue, Menton, …
La couverture géographique d'implantation de l'association permettra une extension du projet sur une large partie du territoire Maralpin**.**

G. <u>Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet</u>

<u>Moyen RH pour 2024-2025 :</u>

- 1 ETP Médecin généraliste mutualisé APREH basé au centre ressources de Grasse
- 1 ETP psychiatre mutualisé APREH basé au centre ressources de Grasse
- 1 ETP secrétariat et/ou personnel administratif (personnel mutualisé non budgété)

<u>Moyens matériels :</u>

- 5 chariots de Télémédecine CT2 conçus pour la téléconsultation, l'acquisition et la transmission de données vitales permettant d'établir un diagnostic médical au plus près du patient. Le Chariot intègre une gamme de dispositifs médicaux à transmission Bluetooth ou USB pour simplifier et accélérer la saisie et la transmission des examens en temps réel ou en asynchrone : ECG 12, dérivations, autotensiomètre artériel, oxymètre de pouls, glucomètre, thermomètre, stéthoscope, caméras médicales, etc. Le système peut également être équipé d'un système de téléconsultation permettant la capture et la transmission d'images et de séquences vidéo, ainsi qu'une visioconférence. Ce système de téléconsultation équipées de dispositifs médicaux de mesure visant à appuyer le diagnostic médical sera présent pour les sites APREH suivants :
    - FAM Les Baous à VENCE,
    - MAS des Fontaines à LA BRIGUE
    - Foyer de vie à LA MARCELLINE à VILLENEUVE LOUVET
    - SAMSAH TSA 06 à GRASSE
    - MAS SAINT ANTOINE à GRASSE (centre ressources)
- Véhicules de service
- Système d'information par achat et abonnement

H. <u>Modalités de suivi :</u>

- Réunion de suivi du projet par le groupe de professionnels
- Rapport d'activité annuel du projet
- Questionnaire de satisfaction des usagers bénéficiaires du programme

I. <u>Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs</u>

Les indicateurs de l'activité sont les suivants :
- Nombre de prises de rendez-vous médicaux
- Nombre de rendez-vous médicaux effectués
- Nombre et type de dépistages réalisés

- Nombre de personnes accompagnées prises en charge par le programme de prévention et de soins
- Nombre de téléconsultations réalisées par le psychiatre
- Nombre de téléconsultations réalisées par le médecin généraliste
- Nombre de professionnels formés
- Nombre de supervisions
- Nombre de journées de travail effectuées par des salariés du pool de remplacement APREH

Résultats attendus

- Améliorer l'accès aux soins courants et préventifs
- Améliorer la coordination des soins
- Favoriser la diffusion et le relai d'informations entre les professionnels de santé, les établissements, les usagers et leur famille
- Améliorer la participation aux dépistages organisés
- Améliorer le programme de prévention
- Fluidifier le parcours en cas d'hospitalisation
- Contribuer à améliorer la prise en charge de la douleur
- Sécuriser plus avant la prise des médicaments et le respect de l'observance en établissement non médicalisé
- Améliorer le fonctionnement pluridisciplinaire des équipes de soins

4. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

6. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Les usagers sont les utilisateurs / bénéficiaires de l'offre de soins et d'accompagnement.
Leur intégration est volontaire et consentie de leur part à travers un parcours d'accompagnement qui aura préalablement été co-construit par un groupe de travail. La personne accompagnée sera dans la mesure du possible et selon son niveau de pathologie associée à cette construction.

7. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Les familles seront impliquées au projet à travers l'information transmise mais également par le suivi de l'intégration du bénéficiaire dans le projet.

8. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

- MDA : Diffusion de l'information et communication
- CRA : Diffusion de l'information et communication
- Mutualité Française : Acteur du modèle préventif APREH
- Hetis : Centre de formation associé à l'APREH pour les personnels

9. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
/

10. Autres acteurs

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)
☐ Rétablissement ☒ Promotion de la santé mentale ☐ Développement des compétences psychosociales ☐ Suicide ☒ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…) ☐ Droits des usagers ☒ Bonnes pratiques ☐ Déterminants sociaux de santé ☐ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations ☐ Santé communautaire ☐ Savoirs d'expérience ☐ Inclusion sociale ☐ Emploi ☐ Logement inclusif ☒ Handicap psychique
Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) : Soins somatiques, accès aux soins, prévention, téléconsultation

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	**30% du total du projet soit 172 304 €**	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
APREH	402 044 €	Acquis
ARS PACA	172 304 €	Acquis
Coût total estimé du projet	**574 348 €**	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[4]**	**Coût (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
Consultations	**Médecin Psychiatre**	1.00	Salarié	140 500 €	MAS SAINT ANTOINE

[4] **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[4]**	**Coût (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
Consultations	**Médecin généraliste**	1.00	Salarié	116 000 €	MAS SAINT ANTOINE

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépense	Montant (TTC)
Chariots de télémédecine (x5) – Devis PARSYS	266 484.00 €
Véhicules (x2)	35 000.00 €
Matériel informatique	10 000.00 €
Téléphonie	1 000.00 €
Formation (DUI)	5 000.00 €

Le coût total de la mise en place de ce projet au niveau ressources humaines est de 256 500.00 €.

Le coût total de la mise en place de ce projet au niveau matériel et formation est de 317 848.00 €.

Dans le cadre d'une première phase d'expérimentation, l'APREH autofinancera 70 % de la totalité du projet et demande une subvention de 30% du projet soit 172 304 €

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Projet Odyssée : Etat des lieux des besoins en psychiatrie de transition ado adulte sur le territoire de Nice construction d'un parcours de soin de psychiatrie de transition

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval en partenariat Centre Hospitalier Universitaire de Nice
Nom du représentant légal de la structure	
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval : Pr Florence Askenazy – chef de service Dr Louise Emilie DUMAS, pédopsychiatre Centre Hospitalier Universitaire de Nice : Pr Michel Benoit – chef de pôle Dr Bruno GIORDANA, psychiatre
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@..... ☎.....
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ louise-emilie.dumas@hpu.lenval.com ☎ 04.92.03.03.72

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☒ Priorité 2 – Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ☒ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

	☒ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ☒ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	• Etat des lieux des besoins en psychiatrie de transition ado adulte sur le territoire de Nice : 18 mois • Construction d'un parcours de soin de psychiatrie de transition :
Date ou période de réalisation pressentie	Du |__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|

4. Constats/problèmes transversaux en du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☒ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☒ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☒ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☒ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☒ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☒ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☒ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin
(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)

La psychiatrie de transition concerne à la fois la transition développementale de l'individu passant de l'adolescence à l'âge adulte et la transition des soins de santé d'une équipe de prise en charge pour enfant à une équipe pour adulte (1). Ces deux transitions se produisent simultanément au moment où l'émergence des troubles psychiques apparaissent et où le dépistage et la prise en charge précoces de ces troubles sont déterminants pour le pronostic

de l'individu et son insertion sociale et professionnelle au sein de la société (2). L'objectif de la transition est de maximiser le fonctionnement et le potentiel des jeunes tout au long de la vie grâce à la fourniture de soins de santé de qualité et adaptés au développement qui se poursuivent sans interruption à mesure que l'individu passe de l'adolescence à l'âge adulte.

Période d'émergence des pathologies psychiatriques à l'adolescence

La psychiatrie de transition est un enjeu de santé publique qui concerne autant la population des jeunes au début de leur trouble psychique que ceux dont la continuité des soins psychiques entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie est nécessaire.

La prise en charge des mineurs répond d'abord à **un enjeu de prévention**. On compte en France 2 à 3 millions de jeunes âgés de moins 19 ans souffrant de troubles mentaux (soit 20% de la population totale), avec seulement 700 à 900 000 suivis (soit 30 à 35% d'entre eux). Un rapport de l'Unicef en 2014 estimait à 36 % le nombre d'adolescents en situation de souffrance psychologique en France (3) et constituant la cinquième cause de morbi-mortalité chez les jeunes en 2020.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de **50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaissent avant seize ans**. Pour le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP), 50% des troubles psychiatriques à fort potentiel commencent avant l'âge de 15 ans et 75% avant l'âge de 25 ans. Les professionnels soulignent que pour les maladies psychiques qui se déclarent au cours de l'enfance et de l'adolescence, **la précocité du diagnostic conditionne le pronostic et la qualité de vie des patients**. Selon une étude récente, « *les cinq premières années de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure* » (2). La nécessité d'agir le plus en amont possible avec les instruments adaptés s'impose. Dans la plupart des pays du monde, l'accès aux soins est le plus faible entre 16 et 24 ans : 1/3 des jeunes qui auraient dû être pris en charge par les services d'adulte ne l'ont pas été et 5% de ceux-ci connaîtront une transition efficace et de qualité optimale (4,5). La continuité des soins permet alors une meilleure évolution de la maladie ainsi qu'une meilleure intégration sociale (6–8).

On estime qu'un étudiant sur quatre en France a présenté au moins un trouble mental au cours de l'année écoulée (9,10). La présence d'un trouble mental a souvent un retentissement important sur le travail, les relations sociales et avec les proches ainsi que sur l'adaptation à l'environnement universitaire. Il a été estimé qu'environ deux tiers des étudiants présentant des troubles mentaux ne reçoivent pas de prise en charge médicale et/ou psychothérapeutique (10). Malheureusement, un trouble mental non pris en charge conduit à une baisse significative des résultats universitaires ainsi qu'à l'abandon. En conséquence, la présence d'un trouble mental avec un échec scolaire associé peut conduire à un infléchissement des trajectoires et à des difficultés d'intégration sociale sur le long terme telles que l'obtention ou le maintien d'un emploi (11,12). L'échec de l'intégration socio-professionnelle du sujet par l'absence de soins adaptés disponible engendre également des conséquences sociétales majeures. Car au-delà de l'impact personnel, les troubles mentaux représentent un poids important (près de 20%) dans l'ensemble des années de vie vécues avec une maladie (13).

Le repérage, la prise en charge et la continuité de soin en période de transition ado-adulte est un enjeu de santé mentale pour l'individu et sa famille mais également de santé publique pour la société.

Une problématique qui ne concerne pas que les pathologies psychiatriques

Les problèmes de transition semblent transcender les spécialités et les diagnostics et incarnent des défis communs pour les services aux enfants et aux adultes à travers le spectre des soins de santé (14). McDonagh (15) a identifié plusieurs obstacles à une transition optimale dans les troubles physiques. Il s'agit notamment de changements dans les relations thérapeutiques établies et à long terme entre les jeunes et les professionnels de la santé ; les différences entre les modèles de soins pour adultes et enfants ; le niveau de maturité et de compréhension des jeunes ; perceptions différentes du système de soins aux adultes; la résistance des adolescents au transfert ; les facteurs de stress familiaux ;

l'éducation et la formation inadéquates des prestataires de soins pour adultes sur les troubles de l'adolescence ; et le manque de soutien organisationnel. Cela pourrait facilement être une liste de problèmes de transition dans les soins de santé mentale. McGorry (16) a soutenu que « les services publics de santé mentale ont suivi une division pédiatrique-adulte dans la prestation de services, reflétant les soins de santé généraux et aigus. Le pic d'apparition et le poids des troubles mentaux chez les jeunes signifient que la faiblesse et la discontinuité maximales du système surviennent juste au moment où il devrait être à son apogée ».

<u>Les difficultés rencontrées dans la transition de prise en charge psychiatrique</u>

Le parcours de soin psychique du patient à cette période de vie rencontre plusieurs difficultés :

1- *Privilégier la continuité des soins comme moyen de prévention :*

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent prend en compte la spécificité développementale du trouble psychiatrique. Il s'agit d'évaluer la continuité entre un simple « mal-être » et l'émergence possible de symptômes plus intenses jusqu'au d'un trouble psychiatrique. S'il n'existe pas de déterminisme avéré en matière de pathologie mentale, certains âges de la vie, notamment l'adolescence, sont propices à l'apparition de situations de mal-être souvent passagères. Au-delà d'une certaine durée et intensité, le risque existe cependant que le mal-être ne devienne pathologique, surtout s'il n'est pas pris en charge ou s'il l'est de manière inadéquate. En particulier, on sait que des troubles rencontrés au cours de la petite enfance peuvent réémerger au cours de l'adolescence, de la vie adulte ou de périodes de rupture.

2- *Déterminer l'âge de passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte :*

La pédopsychiatrie et psychiatrie adulte souffrent d'une hétérogénéité des pratiques sur le territoire donnant lieu à des transitions de prise en charge de patients en psychiatrie adulte dès l'âge de 16 ans. En 2017, 690 jeunes de 15 à 18 ans ont ainsi été hospitalisés à temps plein en psychiatrie adultes et 172 en psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), d'après les données du Recueil d'information médicalisé en Psychiatrie (Rim-P).

……

3- Dépistage précoce, annonce de diagnostic et éducation thérapeutique

Il existe une grande variabilité symptomatique de l'entrée dans une pathologie psychiatrique potentiellement chronique à l'adolescence. Les symptômes inauguraux sont multiples et le diagnostic pas toujours aisé à poser, même si la formation des jeunes pédopsychiatres permet l'acquisition de compétences et d'une souplesse à pouvoir annoncer un diagnostic qui pourra s'amender dans le temps.

L'organisation actuelle des soins de santé mentale, ainsi que les spécificités cliniques des troubles psychiques à cette période de vie, sont des facteurs favorisants :

- les difficultés d'accéder aux soins pour les patients présentant des symptômes psychiques débutant et
- des risques de perte de vue pour les patients déjà pris en charge en pédopsychiatrie et nécessitant une poursuite des soins en psychiatrie adulte (48 % des patients adolescents devenus adultes restent sans suivi pendant au moins trois mois (17), avec un risque augmenté de retour aux soins sous contrainte (18)).

Revue de la littérature :

Les travaux de littérature de ces dix dernières années mettent en évidence la nécessité d'une prise en charge spécifiquement ciblée aux besoins de cette population. Plusieurs recommandations issues de travaux de recherche permettent de mesurer les besoins et de

proposer des modèles de prise en charge qui améliorent le dépistage, l'orientation des soins et la continuité des prises en charge des patients (19–25).

1- Recommandations Nice (2016)
"Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services" (19).
- co-construction du parcours avec le jeune
- « centré sur la personne »
- prise en compte du stade développemental
- basé sur les compétences du jeune
- coopération des services ados et adultes
- identification d'un médecin généraliste

2- L'étude MILESTONE
L'étude longitudinale MILESTONE étudie la trajectoire de 763 patients d'âge moyen 17,5 sur une durée de 24 mois dans 8 pays européens (26). Les résultats montraient qu'au sein de de cette population 11% avaient interrompus leur soins, 41% présentaient une discontinuité des soins et seules 21% avaient pu rejoindre les services de psychiatrie adulte. Les patients qui présentaient des troubles psychotiques sévères et qui étaient en accord avec les soins bénéficiaient encore d'un suivi. Les patients avec trouble de l'humeur étaient ceux qui présentaient une plus grande discontinuité des soins (27).

3- La revue de la littérature définie une transition optimale comme :
une planification adéquate de la transition, un bon transfert d'informations entre les équipes, un travail conjoint entre les équipes et la continuité des soins après la transition : concerne seulement 5 % des patients qui ont effectué une transition.

B. Objectif général (*) :

Le projet Odyssée s'intègre dans le programme de Concertation territoriale CNR Santé Mentale, soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) 06 et est co-porté par le Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) de l'Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval et le Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice.

Le projet Odyssée a pour objectif de mesurer la prévalence et l'incidence des patients concernés par le dispositif de soins de transition, décrire le profil de ces patients et évaluer les facteurs positifs et négatifs au bon déroulement du parcours de soins de transition en vue de construire un dispositif de soin ciblé et efficient de psychiatrie de transition ado-adulte à la population de jeune patient sur le territoire de Nice.

C. Objectifs opérationnels :

1. Evaluer les besoins quantitatifs et qualitatifs sur le territoire en psychiatrie de transition
2. Améliorer la transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte en mettant en place un dispositif spécifique

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

1) **Réalisation de trois études pilotes :**
Afin d'évaluer les besoins nécessaires pour la mise en place d'une équipe de psychiatrie de transition sur le territoire 06, les premiers échanges du CNR Santé Mentale (qui se sont déroulés le 08/12/2023) soutenaient le projet de réaliser une étude épidémiologique locale. Le projet Odyssée propose trois études pilotes permettant d'extraire des données

quantitatives et qualitatives concernant la population ciblée par les soins de psychiatrie de transition :

- deux études rétrospectives : une étude observationnelle descriptive transversale depuis 2020 (afin de prendre en considération également l'impact post pandémique sur cette population), et une enquête permettant d'évaluer la satisfaction et l'expérience du patient lors de la transition de ses soins psychiatriques entre l'adolescence et l'âge adulte.
- Une étude prospective observationnelle longitudinale sur un an incluant des adolescents de 17 ans pris en charge au sein du Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) de l'Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval.

2) **Construction du dispositif de psychiatrie de transition :**

Ces données, confrontées aux données de la littérature et recommandations de psychiatrie de transition permettront de constituer, avec l'aide de moyens délivrés par les instances publiques, une équipe de soins dédiés. Ce parcours de soins coordonnera à la fois le renforcement de la continuité des soins des patients déjà pris en charge (modèle de coordination de transition) ainsi que l'expertise dans le dépistage et l'intervention précoce au début des troubles pour cette population (modèle de soins spécialisés pour l'âge de transition).

- **Missions de l'équipe de psychiatrie de transition** :

o Accueil du patient et de sa famille et éducation thérapeutique aux soins et accompagnement proposés.

o Mission d'évaluation de l'état de santé biopsychosocial du patient en prévision de la transition. Evaluation à compléter d'une investigation méthodologique d'intervention précoce afin de cibler le diagnostic et la prise en charge nécessaire

o Mission de continuité thérapeutique :

☐Prise en charge simple et unique si patient sans antériorité de suivi.

☐Prise en charge parallèle au suivi en place et renforcement de l'étayage pour accompagnement vers la psychiatrie adulte

o Mission de continuité social, scolaire et professionnelle : avec l'aide d'un case manager dédié au patient afin de suivre au plus près ses démarches

- Soutien de l'étayage familial et lieu de pair aidance : si l'adolescent est en difficulté pour recevoir le discours des adultes figures d'autorité, le retour d'expérience d'un patient sur son parcours de soin peut résonner autrement et devenir un accompagnement favorable au processus de transition (53).

L'équipe de psychiatrique de transition se construira autour d'une prise en charge pluridisciplinaire : médicale (psychiatrique et somatique), sociale et scolaire/professionnelle, afin de favoriser l'éducation thérapeutique et l'autonomie des patients dans leur soins et leur insertion en milieu ordinaire.

Elle se déclinera progressivement au cours du projet porté par les différents partenaires selon trois **modalités de soins** : de consultation ambulatoire, hôpital de jour et hospitalisation complète.

- **Ambulatoire :**
  - Consultations spécialisées pluridisciplinaire
  - Hôpital de jour pour des soins renforcés ciblés et en coopération avec le patient et son entourage.
- **Hospitalière :** 2 organisations de soins à discuter selon l'évolution des besoins
  - Prolongement de l'équipe de psychiatrie de transition en équipe mobile permettant d'intervenir auprès des patients et équipe de soins dans les services où seraient hospitalisés les patients relevant de la prise en charge,
  - La création d'une unité d'hospitalisation spécialisée (séjour à durée déterminée) pour les patients de 15 à 25 ans permettant aux patients de

bénéficier de l'ensemble des professionnels et dispositifs de soins recommandés pour la pratique de la psychiatrie e transition.

E. <u>Bénéficiaires :</u>

- Les patients en période de transition entre adolescence et âge adulte (≥ 17 ans et < 21 ans).

- Les patients bénéficiant d'un suivi pédopsychiatrique et nécessitant un accompagnement progressif vers des soins de psychiatrie adulte (population 1).
- Les patients de novo de soins psychiques et en début de prise en charge psychiatrique à traiter, réévaluer et potentiellement orientée en psychiatrie adulte (population 2).

- Les familles et entourage proche du patient démunis face aux troubles du patient mais source d'étayage des soins mis en place.
- Les professionnels médicaux et non médicaux (sociaux, scolaires…) dans une sensibilisation aux soins indiqués en santé mentale et pour l'intégration du patient en milieu ordinaire.

F. <u>Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti</u>

L'ensemble des secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie adulte de Nice

G. <u>Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet</u>

Pour la réalisation des trois études :
- Temps d'attaché de recherche clinique (ARC)
- Temps d'infirmer(e) en pratique avancée (IPA)

Pour l'équipe de transition
- Médecins : pédopsychiatre, psychiatre d'adulte, médecin généraliste + vacation médecin somaticien spécialiste
- Psychologue
- IDE
- Assistant.e social.e
- Educateur/rice
- Professionnel pédagogique
- Psychomotricien
- Pair-aidant

H. <u>Modalités de suivi :</u>

- Calendrier de travail
- Compte rendu de réunion

I. <u>Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs</u>

- Evaluation de Processus
  - Incidence des patients ciblés pour des soins de psychiatrie de transition
  - Prévalence des patients ciblés pour des soins de psychiatrie de transition
  - Description qualitative des profils des patients ciblés pour des soins de psychiatrie de transition
  - Identification des facteurs positifs et négatifs au bon déroulement du parcours de soins de transition
- Résultats attendus
  - Evaluation de la population concernée sur le territoire de Nice pour une amélioration de la visibilité des besoins nécessaires pour la mise en place d'une psychiatrie de transition
  - Construction conjointe entre pédopsychiatre et psychiatrie adulte d'une équipe dédiée spécialisée et au parcours de soins de psychiatrie de transition pour les patients.

4. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Les adolescents seront destinataires du dispositif et interrogés pendant l'enquête

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Les familles seront destinataires du dispositif et interrogés pendant l'enquête

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

- Centre Hospitalier Sainte Marie
- Bureau d'Accueil Psychologique Universitaire (BAPU)
- CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
Le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval et le service de Psychiatrie du CHU de Nice sont co-porteurs du projet et directement impliqués dans l'activité de recherche clinique pour l'inclusion et la réévaluation des patients pour chacune des 3 études pilotes.

5. Autres acteurs

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)
☒ Rétablissement
☒ Promotion de la santé mentale
☐ Développement des compétences psychosociales
☐ Suicide
☒ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…)
☐ Droits des usagers
☒ Bonnes pratiques
☐ Déterminants sociaux de santé
☐ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations
☐ Santé communautaire
☒ Savoirs d'expérience
☐ Inclusion sociale
☐ Emploi
☐ Logement inclusif
☐ Handicap psychique

Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) :
Transition, pédopsychiatrie, psychiatrie adulte

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	209 100 €	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
ARS – CNR SANTE (Projet 1)	209 100 €	En cours
Coût total estimé du projet	209 100 € (projet 1)	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[5]**	**Coût (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
<u>Projet 1 : Etudes pilotes</u>					
Attaché de recherche clinique		0.5 ETP	S	32 000 €	Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval
Infirmier.e en pratique avancée		1 ETP	S	68 400 €	Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval
Médecins	Pédopsychiatre Psychiatre	0.1 ETP 0.1 ETP	S S	19 200 € 19 200 €	Hôpital Universitaire Pédiatrique Lenval CHU de Nice
<u>Projet 2 : Construction d'un dispositif de psychiatrie de transition</u>					
Calculé dans un second temps au décours des résultats des études pilotes					

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	**Montant (TTC)**
Projet 1 : Etudes pilotes	

[5] **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service

Assurance Responsabilité civile	
Frais de communication : - Flyers et affiche pour participation aux études (reprographie) - Publication revue scientifique Communication en congrès scientifique	5 000 €
Outils : - Ordinateur portable pour conservation des données - Téléphone portable + abonnement pour contact patients et familles sur ligne dédiée à l'activité de recherche Matériels de papeterie	800 € 700 € + 400 €/an 200 €
Formation : pour 2 professionnels - Certificat Universitaire en psychiatrie de transition (Bruxelles- Belgique) o Frais d'inscription : 1200 euros Frais de déplacement : 2000 euros (8 déplacements à Bruxelles sur une année scolaire)	6 400 €
Projet 2 : Construction d'un dispositif de psychiatrie de transition	
Calculé dans un second temps au décours des résultats des études pilotes	

Cout total estimé du projet (pour 18 mois)	**209 100**

Références bibliographiques :

1. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. Curr Opin Psychiatry. juill 2009;22(4):386-90.
2. Fondation FondaMental. Prévention des maladies psychiatriques: pour en finir avec le retard français [Internet]. Rapport de l'Institut Montaigne; 2014 oct. Disponible sur: https://www.institutmontaigne.org/publications/prevention-des-maladies-psychiatriques-pour-en-finir-avec-le-retard-francais
3. UNICEF France [Internet]. 2014 [cité 12 déc 2020]. Adolescents en France : le grand malaise. Disponible sur: https://www.unicef.fr/article/adolescents-en-france-le-grand-malaise
4. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): a study of protocols in Greater London. BMC Health Serv Res. 23 juin 2008;8:135.
5. McGorry PD. Innovations in the design of mental health services for young people: an Australian perspective. Innov Entrep Health. 14 déc 2015;2:107-13.
6. Working at the CAMHS/Adult Interface: Good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults [Internet]. London; 2008 [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Working+at+the+CAMHS%2FAdult+Interface%3A+Good+Practice+Guidance+for+the+Provision+of+Psychiatric+Services+to+Adolescents%2FYoung+Adults.+A+Joint+Paper+from+the+Interfaculty+Working+Group+of+the+Child+and+Adolescent+Faculty+and+the+General+and+Community+Faculty+of+the+Royal+College+of+Psychiatrists%2C+May+2008.&author=Lamb+C&author=Hill+D&author=Kelvin+R&author=Van+Beinum+M&publication+year=2008
7. Jivanjee P, Kruzich J. Supports for young people with mental health conditions and their families in the transition years: Youth and family voices. Best Pract Ment Health Int J. 2011;7(1):115-33.
8. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. Br J Psychiatry. janv 2013;202(s54):s5-10.

9. Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, et al. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Psychol Med. 2016;46(14):2955-70.
10. Verger P, Guagliardo V, Gilbert F, Rouillon F, Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. févr 2010;45(2):189-99.
11. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. The Lancet. 14 avr 2007;369(9569):1302-13.
12. Reavley N, Jorm AF. Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. Early Interv Psychiatry. mai 2010;4(2):132-42.
13. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet Lond Engl. 16 avr 2016;387(10028):1672-85.
14. McDonagh JE, Viner RM. Lost in transition? Between paediatric and adult services. BMJ. 25 févr 2006;332(7539):435-6.
15. Growing Up Ready for Emerging Adulthood: An evidence base for professionals involved in transitional care for young people with chronic illness and/or disabilities. Cambridge; 2006.
16. McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. Med J Aust. 1 oct 2007;187(S7):S53-56.
17. Dhôte J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. Soins Psychiatr. 6 sept 2017;38(312):12-5.
18. Cloux V. La transition des soins de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte.
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services (NG43) - NICE Guidelines [Internet]. févr, 2016. Disponible sur: https://www.nice.org.uk/guidance/ng43/resources/transition-from-childrens-to-adults-services-for-young-people-using-health-or-social-care-services-pdf-1837451149765
20. Singh SP, Paul M, Islam Z, Weaver T. Transition from CAMHS to Adult Mental Health Services (TRACK): A Study of Service Organisation, Policies, Process and User and Carer Perspectives - Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation programme [Internet]. SDO Projets 08/1613/117 janv, 2010. Disponible sur: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1613-117_V01.pdf
21. Cleverley K, McCann E, O'Brien D, Davies J, Bennett K, Brennenstuhl S, et al. Prioritizing core components of successful transitions from child to adult mental health care: a national Delphi survey with youth, caregivers, and health professionals. Eur Child Adolesc Psychiatry. nov 2022;31(11):1739-52.
22. Suris JC, Akre C. Key Elements for, and Indicators of, a Successful Transition: An International Delphi Study. J Adolesc Health. 1 juin 2015;56(6):612-8.
23. Cleverley K, Davies J, Allemang B, Brennenstuhl S. Validation of the Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ) 5.0 for use among youth in mental health services. Child. mars 2023;49(2):248-57.
24. Johnson K, McBee M, Reiss J, Livingood W, Wood D. TRAQ Changes: Improving the Measurement of Transition Readiness by the Transition Readiness Assessment Questionnaire. J Pediatr Nurs. 2021;59:188-95.
25. South K, George M, Smaldone A. Gaps in transition readiness measurement: a comparison of instruments to a conceptual model. J Transit Med. 1 janv 2022;4(1):20220002.
26. Ford T, Anderson JK. A MILESTONE study of youth service transitions in Europe. Lancet Psychiatry. 1 déc 2022;9(12):930-1.
27. Gerritsen S, van Bodegom L, Overbeek M, Maras A, Verhulst F, Wolke D, et al. Leaving child and adolescent mental health services in the MILESTONE cohort: a longitudinal cohort study on young people's mental health indicators, care pathways, and outcomes in Europe. Lancet Psychiatry [Internet]. déc 2022 [cité 23 mai 2024];9(12). Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36403599/

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Titre du Projet : Pérennisation et extension du Centre Intersectoriel de Thérapie familiale

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CH Sainte Marie
Nom du représentant légal de la structure	Mme Stéphanie DURAND
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Véronique BRUNET-BELMAS
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	87 Av. Joseph Raybaud – CS 41519 06009 Nice cedex 1
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	Stéphanie.durand@ahsm.fr ☎ 04.93.13.57.47
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	Dominique.plasse@ahsm.fr ☎ 06 03 62 98 67

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☐ Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ☐ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☒ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

	☒ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	**18 mois (à pérenniser)**
Date ou période de réalisation pressentie	**Du 01/07/2024 au 21/12/2025 – à pérenniser**

2. Constats/problèmes transversaux en du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☐ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☒ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☐ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☐ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☐ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☒ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☐ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)

La question des déterminants de santé publique a longtemps été uniquement orientée en France sur les soins individuels.

L'intérêt de la thérapie familiale est de considérer un individu ou une famille en souffrance, non plus isolément, mais en interaction permanente avec son environnement.
De nombreuses études ont mis en évidence d'autres déterminants parmi lesquels :

- le milieu de vie : familial, scolaire, du travail, d'hébergement…
- les systèmes : d'éducation, de santé, des services sociaux, de groupes (sport, culte…)
- Le contexte global : économique, social, culturel

Ces déterminants interagissent avec les problématiques individuelles et peuvent retentir sur la santé mentale d'un individu ou d'un groupe.

Les facteurs d'influence sur la Santé Mentale des individus sont multiples :

- Société actuelle très anxiogène : épidémies, guerres, attentats, effets délétères des réseaux sociaux, immigration
- Les violences intra familiales
- Les pertes et les traumatismes
- La discrimination sociale et culturelle- racisme, homophobie, sexisme, injustice économique…

Ainsi la thérapie familiale peut :

- Avoir une action de prévention
- Viser à désamorcer la crise et la souffrance
- Mobiliser les capacités de résilience

Il est donc nécessaire de reconnaître l'interdépendance des individus, des familles, des communautés et des sociétés.
Salvador MINUCHIN[6] conçoit la famille comme un système fonctionnant à l'intérieur de contextes sociaux spécifiques.
Pour Murray BOWEN[7] , le système est constitué non seulement des sentiments, attitudes de perception de la famille immédiate, mais aussi de ceux de la famille élargie, de l'environnement social et professionnel et des autres institutions sociales.

Le CITF reçoit couples et familles et permet de déplacer le focus depuis les difficultés et les troubles individuels vers une approche systémique incluant la famille et la communauté**.**
Ce centre a été créé au début des années 1990, il a longtemps fonctionné à temps partiel par redéploiement des professionnels du CHSM formés spécifiquement aux thérapies systémiques.
Depuis novembre 2016, deux thérapeutes de formation systémique travaillant en cothérapie – un ½ ETP de psychiatre et un ½ ETP psychologue sont dédiées à l'activité du Centre.

[6] S.Minuchi ; Familles en thérapie, Erès, 1998
[7] M. Bowzn ; la différenciation du soi. Les triangles et les systèmes émotifs familiaux, ESF, Paris 1984

Le centre est ouvert 3 jours par semaine du mercredi au vendredi **de 9 h à 18 h soit 5 consultations possibles par jour.** Un rendez-vous dure une heure et demi suivi d'une demi-heure de travail d'élaboration pour les thérapeutes. Le rythme de la thérapie est mensuel et sa durée moyenne est d'une année.
Les consultations sont prises en charges par la sécurité Sociale sans dépassement d'honoraires pour les familles.

Le CITF est le seul centre dédié uniquement aux thérapies familiales et conjugales, outil thérapeutique scientifiquement validé comme opérant. Il s'agit d'une structure intersectorielle du CH Sainte-Marie. Ce centre peut pallier à la faible densité de thérapeutes familiaux de notre département et permettre l'accès au soin de santé mentale à un plus grand nombre de familles. Il faut aussi souligner que la densité de thérapeutes familiaux est faible au niveau départemental.
Nous rencontrons diverses équipes éducatives qui nous font part de leur manque de soutien face à des familles en grandes difficultés.
Il existe également un manque de prise en charge des familles ou couples issus de l'immigration.
Les services de pédo-psychiatrie, sursaturés, manquent souvent d'une prise en charge plus globale de l'enfant, incluant la famille.
Le CITF pourrait s'inscrire dans ces parcours de soins.

L'activité du CTIF aujourd'hui :

1. Consultation de thérapie de couple et de familles
- Familles ou couples peuvent contacter le Centre sans nécessité de prescription d'un professionnel de santé
- La prise en charge se fait en 3 temps:

- Entretien téléphonique préalable avec un thérapeute familial pour repérer les membres concernés et s'assurer que chaque membre est informé de la démarche
- Un ou deux entretiens préliminaires pour évaluer la demande, l'implication et les objectifs et pour préciser le cadre thérapeutique
- Engagement dans une Prise En Charge qui dure environ 10 actes

- File active : De 2017 à 2023 la moyenne est de 200 patients, soit 40 couples et 40 familles, avec une cinquantaine de nouveaux cas chaque année.

2. Tutorat de stagiaires
Etudiants en psychologie et internes en psychiatrie dans le cadre de leur formation en thérapie (DU, Masters 1 ou 2) : ils ont pour consigne de suivre les familles durant une année scolaire et de travailler avec nous la théorie. Nous en recevons 2 à 3 stagiaires par année universitaire.

3. Intervention dans la formation
- Séminaire annuel avec les internes en psychiatrie du CHSM : regard systémique autour de la prise en charge du patient dans son contexte
- Sensibilisation à la théorie systémique auprès de l'IFSI Ste Marie et des IPA en formation

4. Intervention colloque
- 07/10/2021 « Approche systémique, attachement : un regard différent lors des rencontres avec les familles »
- 09/06/2023 « Violences intra-familiales : regards croisés et éclairage systémique »
- Un troisième est en cours d'organisation, prévu le 16 juin 2025
- Présentation du travail clinique avec les couples au colloque international de Lubiana en 2024
- **Participation experte aux groupes de travail thématiques :**
- Rencontres trimestrielles de thérapeutes familiaux pour une analyse partagée de leur pratique sur des cas cliniques,

- Organisation d'un travail de supervision annuel avec un thérapeute familial reconnu et expérimenté (Jacques PLUYMAEKERS)

C'est pourquoi le projet présenté ici consiste à :

- **Accroitre l'activité du CITF pour répondre aux demandes croissantes de prise en charge globale de l'enfant et de la famille, des services de pédopsychiatrie sursaturés, des professionnels libéraux, sur un territoire marqué par des évènements traumatiques importantes – attentats, catastrophes naturelles, pandémie ….**
- Valoriser et de mettre à la disposition des professionnels de la santé, de l'éducation, du médico-social… un dispositif à l'efficacité reconnue, complémentaire à leurs prises en charge.
- Poursuivre le travail de tutorat des étudiants et de sensibilisation des professionnels à l'approche systémique

B. Objectif général (*) :

Faciliter l'accès aux soins en thérapie familiale sur le département développant l'activité du CTIF

C. Objectifs opérationnels :

1. Augmenter les plages horaires et le nombre de consultations proposées par le CITF

2. Proposer un traitement thérapeutique non médicamenteux lors des crises de la vie (adolescence, divorce, deuil …) car la tendance actuelle est d'aborder comme pathologie, les problèmes individuels et relationnels[8]

3. Dédier des créneaux de consultations spécialisées à des situations dans lesquelles les thérapies systémiques ont montré toute leur efficience :
   - *Violences sexistes et sexuelles : consultations spécialisées pour mesurer l'ampleur du phénomène, identifier les types de violences et les contextes dans lesquels les violences se produisent. L'approche systémique permet de comprendre comment les interactions dysfonctionnelles alimentent la violence et comment les modifier.*
   - *Troubles du Comportement Alimentaire : le patient souffre et sa famille aussi. En abordant les relations et les dynamiques familiales, la TF offre un cadre favorisant l'apaisement du mal-être collectif tout en soutenant l'individu souffrant du trouble.*
   - *Questions de genre: actuellement, de nombreux jeunes remettent en question les frontières balisées du genre, du couple, de la sexualité qui explosent et posent problème au sein des familles. La thérapie familiale peut soutenir les familles dans leur quête de compréhension et les jeunes en quête de reconnaissance*.

a. Promouvoir de manière échelonnée, le CITF auprès des médecins généralistes, pédiatres, des infirmières scolaires, des IPA en CMP/Service de Psychiatrie par des rencontres programmées avec un thérapeute familial et par des soirées thématiques.

b.

[8] «Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premiers recours -HAS recommandation de bonne pratique 15 décembre 2024 - https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
« L'anxiété chez les enfants et les adolescents – La prise en charge des troubles anxieux » S. BOBBITT, A. KAWAMURA, N. SAUNDERS and All - Paediatrics § child health.
Comité de la santé mentale et des troubles du développement – Ottawa (Ontario) - Canada - https://cps.ca/fr/documents/position/lanxiete-chez-les-enfants-et-les-adolescents-la-prise-en-charge

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Constituer une équipe de thérapeutes familiaux plus importante
- Développer le réseau des partenaires

E. Bénéficiaires

Tout couple ou famille en souffrance.
Institutions en demande de complémentarité (équipe de Profamille, justice, ASE, pédopsychiatrie, associations…)

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département des Alpes Maritimes

G. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Moyens humains : 2 thérapeutes supplémentaires

H. Modalités de suivi :

Système informatique

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- <u>Evaluation de Processus</u>
  - Nombre d'actes
  - Nombre d'individus, de couples et de familles suivis
  - Moyenne de prises en charges (nombre de séances
  - Nombre de situations adressées par les institutions partenaires (justice, éducation, médico-social).

- <u>Résultats attendus</u>

Augmentation de l'offre de service et donc de prise en charge des couples et des familles, du seul centre départemental dédié à cette fonction.

(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S****pécifique* ***M****esurable* ***A****mbitieux* ***R****éaliste* ***T****emps situé dans le temps*

5. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

11. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Les usagers sont les couples et les familles bénéficiaires des services

12. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Les familles bénéficiaires des services

13. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

Partenaires	Rôle
Pédopsychiatrie du département, psychiatres et psychologues libéraux, services hospitaliers,	Orientation familles/couples
JAF et le Juge des enfants	
Educatif : école, foyer de l'enfance, association Montjoye, Alc…	
MSD, PMI (travailleurs sociaux), Maison des Adolescents …	

14. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

Non concerné

15. Autres acteurs

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)
☐ Rétablissement ☒ Promotion de la santé mentale ☐ Développement des compétences psychosociales ☒ Suicide ☐ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…) ☐ Droits des usagers ☐ Bonnes pratiques ☒ Déterminants sociaux de santé ☒ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations ☐ Santé communautaire ☐ Savoirs d'expérience ☐ Inclusion sociale ☐ Emploi ☐ Logement inclusif ☐ Handicap psychique
Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) :

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	**50 % du budget total 68 742 €**	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
CHSM	68 742 €	Acquis
ARS PACA	68 742 €	En cours
Coût total estimé du projet	**137 484 €**	

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Titre du Projet : Organisation de la prise en charge des personnes présentant un syndrome de Diogène

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Compagnons bâtisseurs Provence
Nom du représentant légal de la structure	Estelle VENTOURA Présidente
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Anne-Claire BEL Directrice Régionale
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	7 rue Edouard Pons 13006 Marseille
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	cbprovence@compagnonsbatisseurs.eu 04 91 50 03 83
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	ac.bel@compagnonsbatisseurs.eu 06 74 71 77 45
Date de rédaction initiale de la fiche	04/07/2023
Date de mise à jour de la fiche	

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☐ 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, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

	☐ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☐ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ☐ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	12 mois
Date ou période de réalisation pressentie	01/03/2023 au 29/02/2023

2. Constats/problèmes transversaux du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☐ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☒ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☒ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☒ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☐ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☐ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☐ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Des détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin
(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)

Les Compagnons Bâtisseurs conduisent depuis leur création des actions en faveur de l'amélioration du logement des plus démunis. Forts de 40 ans d'expérience dans le cadre de l'accompagnement de publics fragiles, ils proposent des réponses concrètes dans leur pratique professionnelle sur le plan technique, social et pédagogique et souhaitent les partager avec les acteurs du travail social, et plus largement tous les professionnels intervenant à domicile.
Ils ont développé un projet pour travailler sur l'habitat avec un public présentant le syndrome de Diogène ». Initialement expérimentale à l'échelle varoise en 2018, ce projet a été étendu à l'ensemble des départements de la région Sud en 2021.
Aujourd'hui, ce projet se décline différemment en fonction des constats territoriaux et des besoins exprimés par les différentes DD de l'ARS. Le projet présenté ici décrit la mise en œuvre sur le Département des Alpes Maritimes.

B. Objectif général (*) :

A. Faciliter le repérage des situations d'habitants présentant le syndrome de Diogène et le suivi des situations par les acteurs du territoire compétent sur le département

B. Soutenir les professionnels du secteur social et médicosocial dans l'accompagnement de leurs bénéficiaires présentant le syndrome de Diogène

C. Objectifs opérationnels :

C. Mise en place d'un guichet unique avec réception des signalements par mail (boite mail Alpes Maritimes dédiée).
D. Mise en place d'une hotline téléphonique pour recevoir les appels (conseils et soutien technique)
E. Mise en place de Comités techniques (COTECH) à concurrence de 5 par an organisés tous les 2 mois et permettant aux acteurs locaux de venir échanger sur des situations complexes.

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

O.O 1 : Mise en place d'un guichet unique avec réception des signalements par mail

F. Création à compter du mois de septembre 2023, d'une adresse mail de signalement des situations : Les signalements pourront être adressés par tout professionnel en lien avec un habitant présentant le syndrome de Diogène.
G. Réception des orientations reçues sur la boite mail dédiée au département des Alpes Maritimes
H. Rappel du prescripteur et analyse de la situation

I. En fonction de la situation : orientation vers professionnels adaptés ou Hot Line

O.O 2 : Mise en place d'une hotline téléphonique pour recevoir les appels des professionnels et des particuliers (aidant familiaux, voisinage…)

J. Réception des appels au **06 98 76 65 15**

K. Aide à l'analyse de la situation et apport de soutien technique et d'informations appropriées (accompagnement à distance)

O.O 3 : Organisation de Comités techniques (COTECH) tous les 2 mois permettant aux acteurs locaux de venir échanger sur des situations complexes.

L. Mise en place à partir de septembre 2023 du 1er Comité technique en visio-conférence

M. Invitation et lien de connexion envoyé par mail aux professionnels ayant orientés des situations sur le guichet unique

N. Rédaction d'un compte rendu

E. Bénéficiaires :

- Pour le guichet unique : tout professionnel en lien avec un habitant présentant le syndrome de Diogène
- Pour la Hot Line : tout professionnel ou particulier ayant des questions sur le syndrome de Diogène
- Pour le COTECH : tout professionnel ayant fait une orientation sur le guichet unique

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressentie

Département du 06

G. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Moyens matériels :

O. Ordinateurs

P. Téléphones mobiles

Q. Véhicule de service

R. Adresse mail dédiée au guichet unique Alpes Maritimes

S. Numéro de téléphone dédié à la Hot line (**06 98 76 65 15)**

Moyens humains :

Pour le 06 :

- 1 charger de mission (Hot Line et COTECH)
- 1 cheffe de projet (Guichet unique et COTECH)

H. Modalités de suivi :

- Tableaux de suivis
- Comptes rendus COTECH
- Bilan annuel de l'action

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

GUICHET UNIQUE

- Nombre d'orientations reçues
- Nombre de situation relevant d'un syndrome de Diogène

- Nombre de relais effectués
- Nombre de situations relayés vers les partenaires compétents
- Nombre de situations présentant des difficultés de prises en charge ou d'accompagnement

HOT LINE

- Nombre d'appels reçus
- Identification de la commune sur laquelle travaille le professionnel appelant
- Recensement des relais conseillés pour la prise en charge des situations

COTECH

- Nombre de COTECH organisés
- Nombre de participants
- Identification des structures présentes aux COTECH
- Nombre de situations complexes abordées

Résultats attendus

- Recenser le nombre d'orientations reçues
- Analyser les orientations pour définir celles correspondant au syndrome de Diogène
- Relayer vers les partenaires locaux compétents
- Faire un suivi des situations orientées pour repérer d'éventuelles difficultés de prises en charge ou d'accompagnement
- Consolider le réseau de partenaires œuvrant sur cette thématique
- Réaliser des accompagnements à distance

Outils et méthodes d'évaluation

- Analyse des tableaux de bord et outils de suivis
- Retour des partenaires et professionnels associés à l'action
- Rédaction de bilan annuel

4. Acteurs et partenaires impliqués (une demi-page) ou pressentis

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet :
   Les usagers sont informés de la démarche engagée par la personne en charge de son accompagnement

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet :
   Les familles concernées par des proches présentant du syndrome de Diogène peuvent contacter la Hot Line pour échanger sur le sujet.

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

   Interne : ensemble de l'équipe des Compagnons Bâtisseurs Provence travaillant sur la thématique Diogène
   Externe : ARS, DDTM, LHI, DDETSPP, DAC, professionnels ayant procédés à des orientations sur le guichet unique

4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

5. Autres acteurs

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)

☐ Rétablissement
☐ Promotion de la santé mentale
☐ Développement des compétences psychosociales
☐ Suicide
☐ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…)
☐ Droits des usagers
☒ Bonnes pratiques
☐ Déterminants sociaux de santé
☐ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations
☐ Santé communautaire
☒ Savoirs d'expérience
☐ Inclusion sociale
☐ Emploi
☐ Logement inclusif
☐ Handicap psychique

Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) :
Vision Holistique, Décision Collégiale, Réponses Personnalisées

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	207 573€ (budget projet Régional)	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
ETAT (ARS)	190 000€	acquis
Conseil régional SUD	10 000€	acquis
Reprise sur provision	491 €	acquis
Produits de structure	7 082 €	acquis
Coût total estimé du projet/ an	207 573 €	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[9]**	**Coût / an (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
Coordination régionale du projet	Directrice régionale	0.15	S	12 106	Compagnons Bâtisseurs Provence
Référente COTECH et guichet unique	Cheffe de projets	0.45	S	24 180	Compagnons Bâtisseurs Provence
Référent territorial 83 et 06	Chargé de mission	0.5	S	20 360	Compagnons Bâtisseurs Provence
Référent territorial 04 et 05	Chargée de mission	1	S	48 103	Compagnons Bâtisseurs Provence
Référent territorial 84	Chargé d'opération	0.5	S	22 187	Compagnons Bâtisseurs Provence

[9] **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service

Autres postes de dépenses

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Achats (Consommables)	5 000
Services Extérieurs (locaux, entretien réparation, assurance…)	3 337
Autres services extérieurs (Frais de déplacement)	25 364
Charges indirectes (charges fixes de fonctionnement et de personnel structure)	44 236

Compléments d'information :

Le projet déployé sur les Alpes Maritimes s'inscrit dans le cadre d'un projet financé par l'ARS à l'échelle régional. Le budget prévisionnel présenté ici est donc global et concerne l'ensemble du projet régional. Il ne nous est pas possible de faire une extraction départementale.

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Titre du Projet : Plateforme de service, de coordination des parcours pour la prévention sanitaire et sociale de jeunes entrant dans la psychose

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	**ASSOCIATION ISATIS**
Nom du représentant légal de la structure	Jean Claude GRECO
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Delphine CREPIN
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	5 avenue Ernest Lairolle, Villa Doucet, 06100 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	jcgreco@isatis.org ☎…0492078787
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	delphine.crepin@isatis.org ☎049207505
Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☒ Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ☒ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☒ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et

	de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ☐ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	Expérimentation sur 36 mois
Date ou période de réalisation pressentie	Du |01|03|2|0|2|4| au |01|03|2|0|2|7|

2. Constats/problèmes transversaux en du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☐ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☒ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☒ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☐ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☐ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☒ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☐ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin
(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)
Le projet est une expérimentation proposée à un nombre limité de jeunes sur une période de 3 ans en vue d'engager une pratique innovante avec ce public et très peu développée actuellement.
Le fonctionnement est pensé pour s'adapter particulièrement, au profil des jeunes et à leur vécu à ce moment précis d'entrée dans la psychose : équipe mobile, modalité d'accueil, réseaux, partenaires, ont été identifiés en ce sens.

L'importance d'agir tôt auprès des jeunes sur un axe de prévention sanitaire et sociale

L'entrée dans la psychose survient généralement entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. Cette phase spécifique attachée à une première décompensation psychique est souvent cruciale car le jeune bien qu'hospitalisé et traité sur le plan pharmacologique, reste souvent dans le déni de ses troubles et interrompt les soins après sa sortie d'hospitalisation. Il a été montré que, si dans les 2 premières années de déclenchement de la maladie psychotique, l'adhésion aux soins était opérante, alors les jeunes évoluaient favorablement et s'en sortaient mieux sur le plan de leur insertion sociale. Cette période représente donc un enjeu majeur dans leur vie.

Les données scientifiques concernant l'émergence d'une pathologie psychotique invitent à l'élaboration d'une stratégie de traitement dès les premiers signes de la maladie. L'idée principale est que la schizophrénie, classiquement considérée comme une maladie chronique, est susceptible d'évoluer vers un déficit fonctionnel et un handicap social. Pour cette raison, il est nécessaire d'adapter les pratiques et d'instaurer d'emblée de véritables stratégies de prise en charge efficaces et durables dès le début des troubles en s'appuyant sur les recommandations actuelles. En effet, de nombreux travaux ont pu mettre en évidence que les toutes premières années de la maladie sont déterminantes pour ce qui concerne le pronostic fonctionnel puisque l'essentiel du déficit s'installe dans les 2 à 3 ans qui suivent les premières manifestations psychotiques. Il y a donc un intérêt à traiter tôt, activement et pour un temps suffisant.

Les centres de détection et d'intervention précoce développés en France le sont encore trop peu et le nombre insuffisant de professionnels destinés à coordonner les actions sanitaires et sociales auprès de ce public ne permet pas de répondre à l'ensemble des jeunes détectés ou repérés.

Le repérage et l'intervention précoce semble être le meilleur prédicteur du pronostic de la maladie ; les actions prioritaires se révèlent être de 3 ordres pour relever cet enjeu :
- **La poursuite de la prise en charge médicale et du traitement**
- **L'évitement du suicide,**
- **Le maintien de la vie sociale**

- **La poursuite de la prise en charge médicale et du traitement** : les études de suivi montrent que lors de l'année qui suit le premier épisode psychotique, 26 à 53 % des malades arrêtent leur suivi et que 33 à 63 % d'entre eux ont une mauvaise observance. Le taux de rechutes constaté est de 20 % à un an, de 40 % à 2 ans et de 80 % à 5 ans (Wunerink – 2007).

- **L'évitement du suicide** : le premier épisode psychotique est un événement extrêmement traumatique vécu dans un climat de « catastrophe vitale ». Le suicide est un risque extrêmement sérieux à prendre en considération à cette période. Les études montrent que 20 à 40 % des personnes ayant une schizophrénie feront une tentative de suicide au cours de leur vie (Harkavy– Friedman 2006) mais il apparaît que la phase précoce des troubles est une période particulièrement à risque par rapport à d'autres stades de la maladie.

- **Le maintien de la vie sociale :** L'intervention précoce destinée à influencer le cours évolutif de la maladie se justifie en raison d'un mauvais pronostic social et fonctionnel à long terme avec la survenue de déficits non récupérables au décours des rechutes successives (après chaque rechute un patient sur 6 en moyenne ne récupère pas – Wiersma 1998). Le parcours de jeunes entrant dans la psychose est souvent chaotique et les ruptures peuvent être multiples, familiale, scolaire, sociale… Peuvent être observées alors des conduites à risques plus importantes avec des prises de toxiques et/ou le début d'une précarisation (squat, rue, errance, délinquance).

- Notons également que, lors du passage du statut d'enfant à adulte, les prises en charge ne se réalisent plus dans les mêmes institutions et les liens pour garantir les relais ne se concrétisent pas toujours entre les professionnels. Cette zone « grise » augmente le risque de rupture et place les jeunes dans une plus grande vulnérabilité.

Enfin, lorsque la famille est présente, elle est souvent démunie et sans solution. La demande d'aide n'est pas toujours simple car cela nécessite de se repérer dans un ensemblier de structures spécifiques qui ne sont pas en lien les unes avec les autres. Ces dernières ne sont pas connues des jeunes, ni des familles. Il y a peu, voire pas du tout sur certaines zones du département, de structure spécialisée pour cette tranche d'âge alors que le besoin est significatif.

Les principes fondamentaux de l'intervention précoce : il s'agit de proposer,

- Une intervention rapide et multidimensionnelle
- Un accès facile et rapide aux services (éliminer les obstacles qui occasionnent des délais)
- Une implication de la famille
- L'établissement d'une alliance thérapeutique solide avec le patient et sa famille. Améliorer l'engagement du jeune à s'impliquer dans son traitement et à son maintien en rémission. Faire de l'engagement du patient et de la continuité des soins, une priorité.
- Une communication des connaissances concernant la maladie
- Un éventail d'intervention bio psychosociale basée sur les preuves
- Un suivi intensif dans le milieu avec attribution d'une « case manager »
- Un soutien à l'insertion sociale et professionnelle

L'intérêt d'une plateforme de service

Le secteur de la santé mentale implique l'intervention de nombreux acteurs auprès des personnes concernées par un trouble psychique. Les acteurs du soin, du médico-social, du social et de la société civile, participent à l'évolution positive de la santé mentale. L'enjeu requiert donc d'une part d'amener les personnes concernées vers des accompagnements adaptés à leurs besoins mais aussi de mettre en lien les structures pour agir en complémentarité et cohérence.

Les plateformes de service, pensées il y a maintenant plusieurs années, ont l'intérêt d'être des organisations adaptables à leur environnement et modulables dans leur organisation. « Elles pilotent et coordonnent plusieurs services complémentaires afin d'accompagner dans leur parcours respectif des destinataires communs »[10].
La PFS est un dispositif facilitateur de parcours par :

- Sa mise en lien des structures, établissements, services…, toutes offres de soins et d'accompagnements des publics ;
- Une simplification de l'accès à ces offres pour la personne en difficulté pour se repérer
- La mutualisation des ressources entre les ESMS
- La mise en cohérence et la continuité des parcours.

La coordination est assurée au sein d'une PFS par un « case manager » ou « **Coordinateur/facilitateur de parcours** » à temps plein. Avec chaque personne accompagnée, il accueille, évalue la situation, planifie, met en réseau, veille à la mise en œuvre du suivi et à sa continuité, vérifie la satisfaction de l'usager et son évolution, et enfin accompagne la sortie du dispositif ou réajuste le projet. En tant que professionnel, il se positionne avec l'usager dans une relation de proximité et de confiance visant à déterminer des objectifs précis relatifs à ses choix de vie, à soutenir ses intérêts et sa capacité d'agir sur sa propre vie.

B. <u>Objectif général (*) :</u>

- Agir dans le domaine de la prévention en santé auprès de jeunes entrant dans la psychose (ou à fort risque) afin de leur garantir un pronostic favorable et toutes les chances d'évolution positive d'intégration sociale et citoyenne.
- Permettre à ces jeunes d'accéder à des soins et de maintenir le lien avec les services de psychiatrie, de renforcer et maintenir leurs capacités cognitives, et d'éviter les risques suicidaires
- Favoriser leur rétablissement en proposant un accompagnement intensif, prenant en compte leur choix, et leur capacité à agir.
- Accompagner de façon soutenue la mise en œuvre de leur projet de vie en mobilisant leurs ressources et leurs forces
- Coordonner l'ensemble des partenaires (familiaux, soins, sociaux, médico-sociaux, socio-professionnels, …) pour renforcer la fluidité du parcours et éviter les ruptures.

A. <u>Objectifs opérationnels :</u>

Sur la base de rencontres régulières auprès des jeunes et dans leur environnement, les professionnels, coordinateurs de parcours :

- Conduisent avec chaque jeune son plan de rétablissement et son plan de bien être,
- Renforcent l'engagement dans les soins et favorisent l'accès aux actions de réhabilitation psychosociale et à l'éducation thérapeutique,
- Soutiennent un processus d'actions et d'expériences favorables au développement du pouvoir d'agir

[10] Article « Plate-formes de services. Un nouveau modèle d'organisation pour l'action médico-sociale », parue in Gestions hospitalières, n°557, juin/juillet 2016, Jean René Loubat.

- Permettent grâce à la mise en œuvre d'expériences concrètes dans la vie sociale et professionnelle, des apprentissages et favorisent ainsi son autonomie pour l'entrée dans la vie adulte,
- Accompagnent et soutiennent ses choix de vie, le maintien des liens sociaux.

B. <u>Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :</u>

Plan opérationnel
Dans le cadre de l'expérimentation,
- Expérimentation de 3 ans[11], avec bilan/évaluation chaque fin d'année et à 3 ans.
- Comité de pilotage réunis tous les trimestres
- Comité opérationnel réunis tous les mois

Dans le cadre du projet d'accueil des jeunes,
- Orientation sur la base d'un diagnostic par une équipe médicale.
- Identification des besoins et des attentes du jeune et de son entourage familial.
- Évaluation complémentaire autour du champ social et professionnel,
- Accompagnement selon le modèle du Rétablissement
- Inscription dans le droit commun sur les axes de la santé, du social, du professionnel et consolidation des liens.
- Veille sur le parcours et réajustement du projet au gré des expériences concrètes menées.

Déroulement
Les cases manager/coordinateurs de parcours accompagneront 10 à 15 jeunes, maximum, dans un premier temps, celui de l'expérimentation.
Leur pratique s'appuie sur l'identification des réseaux et partenaires dont les missions viennent répondre, dans le droit commun, aux besoins des jeunes ; ils accompagnent et soutiennent les jeunes dans le lien à instaurer vers ces professionnels en fonction de leur projet de vie, leur choix, élaborés en amont à travers les plans de Rétablissement.
Les partenaires de terrain seront sollicités au-delà des rencontres avec les jeunes dans le cadre de :
- Réunions de synthèse sur la situation du jeune (en sa présence)
- Réunion de fonctionnement entre professionnels (Comité opérationnel)
- D'un conventionnement si besoin

Une volonté de décloisonnement et un partenariat fort avec notamment,
- <u>Le C-DIP</u> : centre de détection et d'intervention précoce, spécialisé dans ces situations inaugurales et qui est, non seulement en mesure de mener des évaluations approfondies pour les troubles psychotiques émergents, mais également de détecter les états mentaux à risque (développement imminent d'un premier épisode psychotique voire même d'identifier les critères des jeunes patients à ultra haut risque- UHR- depuis les personnes repérées comme « vulnérables » jusqu'aux états psychotiques atténués en passant par les BLIPS (Brief Limited or Intermittent Psychotic Symptoms).
- <u>Le CR2P</u> : Centre de réhabilitation psychosociale de proximité de Nice (CHU Nice), structure a vocation territoriale, dont l'équipe pluridisciplinaire propose des actions de psychoéducation (destinées aux patients et aux familles), des actions de remédiation cognitive, des activités d'entrainement aux habiletés sociales ou encore des thérapies cognitives et comportementales.
- <u>Les CMP des secteurs de psychiatrie</u> générale et de psychiatrie infanto- juvénile
- <u>La Maison des adolescents et le carrefour santé jeune</u>.
- <u>Les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales</u> en charge de patients relevant de la plateforme et en mesure de répondre au besoin d'accompagnement de leurs

[11] Temps nécessaire pour engager le processus d'adhésion et de rétablissement

proches et de leurs aidants. Dans cette perspective, le développement du programme « BREF » (avec une formation destinée à toutes les structures volontaires du département, l'accès à des modules de psychoéducation familiale tel que le module « Léo » ou des modules de Pair-aidance (Prospect) ou enfin le programme de formation « Pro famille » (animé par une équipe du centre hospitalier Sainte Marie) ouvrent de nouvelles possibilités d'actions.
Une attention particulière, toutefois, sera portée à un programme spécifique adapté aux situations de familles confrontées à un premier épisode psychotique chez un sujet jeune. Le programme d'éducation thérapeutique « I_CARE_YOU_CARE » a été élaboré par le centre d'évaluation pour les jeunes adultes et adolescents du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences (labélisé centre d'excellence de l'institut de psychiatrie). Destiné aux jeunes patients ayant présenté un PEP et à leur famille « I_CARE_YOU_CARE » vise à renforcer l'adhésion du jeune et de sa famille à la prise en charge proposée.

La durée de l'accompagnement est adaptée à chaque jeune **sans limitation dans le temps** ; le critère de l'âge représentera une limite temporelle. La plateforme a vocation à mettre en œuvre avec les jeunes les passerelles nécessaires à leurs besoins et à la continuité de leur parcours. Installés et stabilisés, dans ces liens, les rencontres intensives pourront s'espacer pour aller vers un suivi de l'ordre d'une veille sur le parcours. De nouveau jeunes pourraient alors intégrer la file active de la plateforme.

Les réunions institutionnelles de l'équipe
L'équipe de la Plateforme se **coordonne tous les matins 1h** afin d'organiser les rencontres. A l'issue de ce temps, l'équipe se déplace pour rencontrer les jeunes soit dans son lieu de vie, soit dans un lieu public ou une institution en fonction de l'objectif de la rencontre.
Par ailleurs, lors **d'une réunion hebdomadaire**, l'équipe, accompagnée du conseiller de parcours de la plateforme ISATIS ICEO, pourra évoquer l'ensemble des points de fonctionnement et/ou d'accompagnement afin de prendre des décisions.
En complément, et pour garantir le recul sur la pratique et s'attacher à ouvrir toujours de nouvelles pistes d'action pour les jeunes, **une analyse de la pratique** sera mise en place à raison de 2h toutes les 6 semaines.

Méthodes

La coordination et le processus d'accompagnement
La plateforme de service propose avant tout une coordination des acteurs impliqués dans l'accompagnement des jeunes. Il s'agit de procéder en lien les uns avec les autres et non plus les uns après ou à côté des autres sans se parler comme cela a pu être le cas dans les établissements et services classiques.
Les ressources des différents services présents dans l'accompagnement pourront être mutualisées et organisées en fonction du projet du jeune ; par exemple, s'il est accompagné par un psychologue au CMP, il ne le sera pas ailleurs…l'empilement des services rendus pourra être évité ou être justifié dans une cohérence de réponse aux besoins.
La PFS Jeunes propose avec chaque usager d'organiser :
- La coordination des partenaires sollicités pour lui permettre d'avancer dans son projet de Rétablissement (des instances d'échange et de liens réguliers sont planifiés au fur et à mesure de la réalisation du projet du jeune).
- Le suivi tout au long de son parcours et autant que de besoin pour le rendre fluide et éviter au maximum les ruptures.

La pratique du Rétablissement en santé mentale
Le rétablissement est un concept qui part de l'expérience des personnes. Il peut être défini comme « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, etc.… et [qui] remet en question l'hypothèse

pessimiste selon laquelle la maladie mentale serait une maladie chronique voir incurable avec au mieux une stabilisation des symptômes »[12].
« Le rétablissement est un processus unique débutant là où la personne décide de ne plus donner à la maladie le pouvoir de contrôler toute sa vie ». « C'est la redécouverte de soi, de ses capacités et de ses rêves tout en se donnant de nouvelles possibilités, et cela, avec ou sans la présence de limites et de symptômes engendrés par la maladie mentale. C'est l'espoir d'une vie meilleure. » [13]
Sa promotion fut d'abord le fait des personnes atteintes de maladie mentale et de leurs familles à travers des associations et se définissant souvent comme des « survivants de la psychiatrie ». Les revendications portaient sur une dimension sociale, citoyenne et politique du rétablissement. Offrir des « soins orientés rétablissement » nécessite de donner à l'individu la liberté de choisir, parmi la gamme de services offerts, ceux qui sont les plus susceptibles d'aider à son rétablissement, de prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes ; d'offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement. Le concept de Rétablissement est mise en œuvre par les professionnels à travers une pratique véhiculant ***l'Espoir, le Soutien**, **le Plaidoyer, le pouvoir d'agir (Empowerment) et la Responsabilisation (ESPER).***

L'équipe de la plateforme incarnera le principe du rétablissement dans ses actions d'accompagnement. Elle fera donc preuve de réactivité, d'imagination et d'adaptation afin de pouvoir répondre au plus près des demandes. **Des outils**, tels que le plan de Rétablissement, le Plan de Crise /Plan de bien-être, seront utilisés pour faciliter l'élaboration du projet individualisé du jeune et définir les actions à entreprendre pour faire advenir ses choix de vie.
Dès le démarrage de l'expérimentation **l'équipe sera formée au concept de Rétablissement ainsi qu'aux spécificité de l'intervention précoce.** En collaboration avec les structures partenaires (CR2P et C-DIP) expertes des outils de la réhabilitation, des liens pourront s'établir dans un objectif de sensibilisation et de formation.

<u>Les modalités spécifiques d'accompagnement</u>

« L'aller vers » sera privilégié pour favoriser le lien avec le public. Les professionnels, mobiles, rencontreront les jeunes dans leur environnement sous la forme de visites à domicile ou d'accompagnements extérieurs dans le cadre d'une démarche à accomplir ou encore sur un lieu public facile d'accès (jardins, cafés, institutions connues, …) choisi par la personne.

La **disponibilité et la fréquence intensive** des rencontres doivent être adaptées à la personne. L'équipe ajustera au mieux son planning en fonction de la situation rencontrée par le jeune pour optimiser les rencontres. L'organisation devra donc être souple et réajustable chaque jour.

Les outils de communication privilégiés seront le téléphone mobile (appels, sms, réseau social, …) et l'utilisation d'une tablette lors des rencontres pour faciliter l'accomplissement de démarches en direct et sur le terrain.

L'accueil individuel sera favorisé mais le collectif pourra aussi avoir une place spécifique. En effet, selon les parcours et les besoins, si l'isolement est trop important, l'équipe pourrait ponctuellement réunir les jeunes autour d'un atelier ou d'une sortie. En revanche, cela ne constitue pas un objectif en soi, l'important étant de faire le lien dans le droit commun pour engager les jeunes dans leur parcours.

[12] William Anthony (1993) Psycom "santé mentale de A à Z"
[13] Lagueux 2017

C. Bénéficiaires

Notre projet se tourne vers 10 à 15 jeunes, âgés de 16 à 30 ans, entrant dans la psychose. Ils sont connus des professionnels de la psychiatrie (enfants/adultes et privée/publique) suite à une première décompensation ou à une évaluation/diagnostic lors de consultations spécialisées.

Le dispositif ne contraint pas à l'obtention d'une reconnaissance du handicap par la MDA afin de travailler avec des jeunes en amont.

Les prescripteurs seront donc, de façon privilégiée, les équipes de soin en psychiatrie (services intra-hospitalier, CMP, C-DIP, médecins psychiatres des ESMS…), pour s'assurer lors de l'orientation, de la présence d'une évaluation et du diagnostic adapté.

D. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Nice est pressenti pour ce projet en raison du réseau d'acteurs plus dense sur ce territoire. Les jeunes devront être domiciliés à Nice.

E. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

La composition de l'équipe s'attache à regrouper des professionnels de métiers différents pour une meilleure complémentarité dans les actions à évaluer, accompagner et coordonner :

- 0,20 ETP Conseiller Plateforme ICEO Isatis (poste en mise à disposition)
- 1 ETP Travailleur social / Case manager
- 0,50 ETP Psychologue / Case manager
- 0,50 ETP Médiateur de Santé Pair / Case manager
- Direction et assistante mutualisées avec les services de la Direction Territoriale AML d'ISATIS.

La Plateforme ICEO d'Isatis organise une veille des parcours et la mutualisation des réseaux de professionnels pour la continuité et la fluidité de ces parcours sur l'ensemble des ESMS d'ISATIS. Elle intègrera donc, à travers sa mission, un travail en lien direct avec l'équipe dans la mise en place de synergies, de rencontres avec des partenaires, d'organisation de temps d'élaboration autour de situations complexes.

L'ensemble de l'équipe intervient auprès des jeunes dans les missions génériques de la PFS : Accueil/Évaluation/Mise en réseau/Mise en œuvre du projet et suivi/Relai sortie.
La spécificité respective des professionnels tient à une expertise et un certain regard sur les situations qui, croisés les uns avec les autres, apportent un éclairage global et permettent la construction d'un accompagnement individualisé.
La coordination de parcours : les professionnels s'appuient sur l'identification des réseaux et partenaires dont les missions viennent répondre, dans le droit commun, aux besoins des jeunes ; ils accompagnent et soutiennent, en lien avec l'équipe, les jeunes dans le lien à instaurer vers ces professionnels en fonction de leur projet de vie, leur choix, élaborés en amont à travers leur plan de Rétablissement.
Ils organisent tous les temps d'échange entre partenaires, en présence du jeune, autant que de besoin.
Ils veillent de façon continue à la fluidité du parcours par l'organisation d'un suivi régulier.
Ils alertent en cas de blocage ou de difficulté dans un accompagnement et (re)mobilisent les acteurs présents.

- Le travailleur social agit sur la dimension sociale, les liens existants ou non, l'autonomie dans le quotidien, les droits ouverts, …
- Le MSP agit sur la connaissance des troubles psychiques, le parcours expérientiel, le parcours de rétablissement en santé mentale, l'accès aux soins …

- Le psychologue agit sur la vie psychique, les mécanismes et stratégies mis en œuvre pour s'adapter à son environnement, …

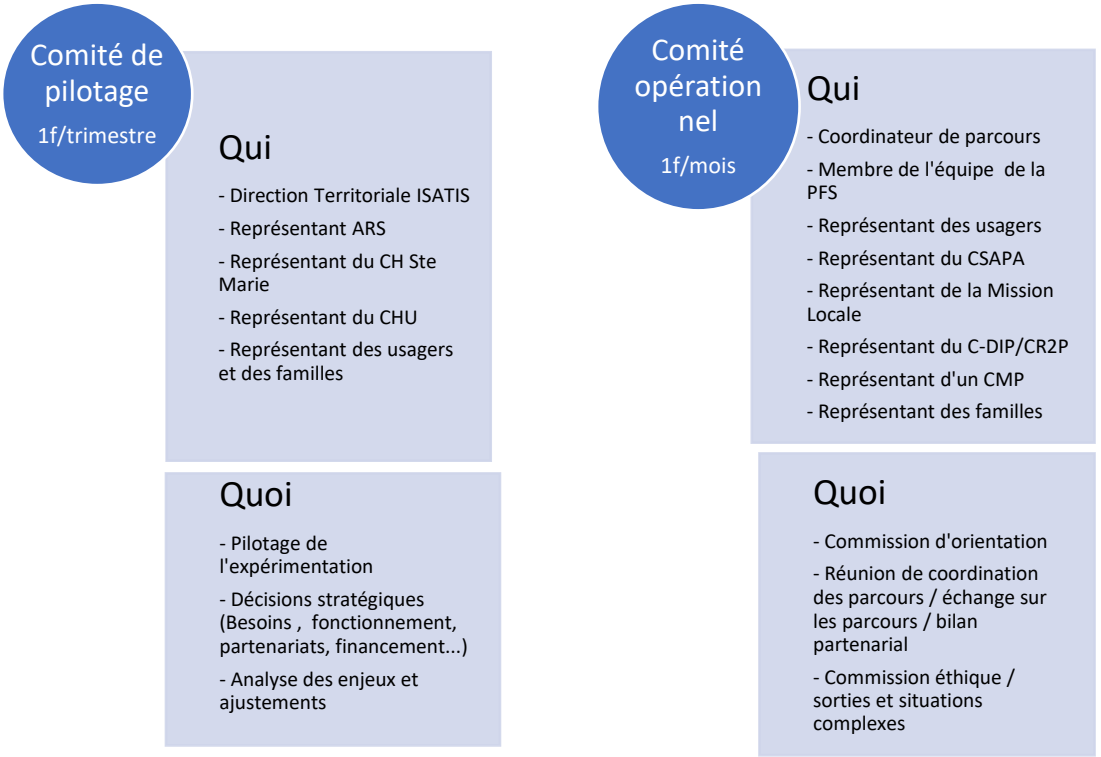
L'équipe travaille en multi-référence avec le groupe des jeunes. Chaque professionnel est substituable dans le temps de la rencontre. Le principe d'horizontalité est recherché dans un objectif de décloisonnement des fonctions, de partage d'informations et de souplesse organisationnelle. Les rencontres se réalisent seul ou en binôme pour éviter une dualité dans la relation et apporter du tiers facilitateur de liens. La pluralité des échanges est nécessaire et facilite l'instauration d'un climat de confiance. La présence de deux professionnels de façon systématique peut assurer aussi une mise en sécurité des professionnels qui se déplacent dans l'environnement des jeunes avec parfois des situations complexes à gérer.

La mutualisation avec les équipes d'ISATIS de Nice : la présence sur ce territoire du SAMSAH, des services d'insertion professionnelle (PAS, DEA) ou des services logement (Résidence Accueil, IML), et de la plateforme ICEO amèneront la possibilité d'un appui à la coordination et à l'évaluation. Les moyens matériels (locaux, véhicules, …) seront aussi mutualisés.

F. Modalités de suivi :

Des partenaires seront associés à différentes instances de fonctionnement de la Plateforme : les deux principales instances sont le comité de pilotage et le comité opérationnel : le premier répond à des enjeux stratégiques de gestion et de conduite de l'expérimentation tandis que le second intervient dans une visée opérationnelle de terrain et fait fonctionner le partenariat.

Des membres permanents seront identifiés et des invités pourront s'ajouter selon les besoins au sein des instances.



G. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

L'expérimentation doit montrer l'intérêt d'agir tôt dans le parcours des jeunes dont la santé mentale bascule. Nous serons amenés à mesurer à l'entrée, puis chaque année (N+1 et N+2), les capacités des jeunes (aptitudes cognitives, physiques, intellectuelles), leur niveau d'autonomie, leurs ressources en termes de réseaux relationnels, leurs ressources sur le

plan psychique (stratégies d'adaptation). Les partenaires impliqués dans le projet pourront soutenir cette évaluation de l'évolution des jeunes grâce aux outils de la réhabilitation psycho-sociales.
La réussite du projet tient d'une part à l'adhésion du jeune au dispositif et d'autre part à l'élaboration et la mise en œuvre de son parcours de Rétablissement ; son inscription dans les démarches d'accès et de maintien du soin et dans des actions sociales seront donc évaluées :

- Fréquence des rencontres /jeune
- Inscription dans le soin : généraliste/spécialiste/ fréquence des visites
- Observation de solutions d'alternative aux hospitalisations
- Inscription dans les programmes d'éducation thérapeutique
- Inscription dans les programmes de réhabilitation psychosociale
- Inscription dans des actions sociales (GEM, REV, associations diverses, …) et socio-professionnelles (formation, emploi, …)

Des indicateurs relatifs à la coordination mise en œuvre :

- Nombre de rencontres et contacts partenaires / jeune
- Nombre de conventions de collaboration
- Fréquence des points de coordination de parcours /jeune
- Nombre de démarche d'accompagnement /jeune / modalités et / secteur (santé ou social ou emploi…)

Un rapport annuel rendra compte des résultats de l'activité réalisée auprès de chaque jeune sur le plan qualitatif et quantitatif.

4. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

1. **Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet**

Les jeunes accompagnés dans le cadre de la Plateforme de service seront directement impliqués dans le projet avec une proposition de :

- Participation en qualité d'invités d'un ou deux jeunes aux comités opérationnels en présence des partenaires
- La mise en place trimestrielle d'une instance d'expression avec l'ensemble des jeunes pour permettre l'évocation du déroulé de l'accompagnement et faire des propositions d'amélioration
- Chaque année un questionnaire de satisfaction sera donné aux jeunes et le recueil d'information donnera lieu à une restitution collective pour partager les résultats et proposer des avancées.

2. **Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet**

Les familles seront reçues et considérées comme partenaire de l'accompagnement des jeunes. Les rencontres seront déterminées en fonction de la pertinence du besoin et de la demande de la famille et du jeune.

D'autres part, l'UNAFAM représentera les familles dans nos instances de pilotage et de suivi de l'action. Nous relaierons ces familles vers ce partenaire pour être guidées, entourées et soutenues.

Les partenaires porteurs des programmes de psychoéducation pourront accompagner les familles demandeuses.

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

Le projet présenté a initialement été réfléchi avec les acteurs présents sur les travaux du PTSM 06.

Il émerge d'un constat commun sur les besoins prioritaires identifiés chez les jeunes du territoire pour lesquels les problématiques en santé mentale ont fortement augmenté et les réponses encore restées insuffisantes ou inadaptées. Des rencontres avec les professionnels des secteurs du soin et du social ont eu lieu en 2022 et 2023 pour croiser ces besoins, la pertinence du projet et les possibilités de partenariat.

Recentré sur le territoire de Nice, le projet a été travaillé avec les partenaires implantés sur cette zone géographique. Ces acteurs ont accepté de jouer un rôle déterminant dans le projet, autant dans leur mission d'expertise sanitaire et sociale, d'accompagnement des publics mais aussi d'intégrer les instances de pilotage et de suivi opérationnel de l'action.

Chacun, dans leur mission, accueille le public accompagné dans le projet, et peut répondre de manière spécifique à certains besoins sociaux, sanitaires ainsi que psychothérapeutiques ou encore en psychoéducation.
Ces acteurs peuvent à la fois être prescripteur vers la Plateforme et poursuivre leur mission auprès des jeunes.
La plateforme se positionnant à la croisée pour une coordination des acteurs et du réseau plus global.

L'engagement de tous, en amont du projet, vient nous assurer d'une volonté de croiser les regards, les compétences et de permettre des échanges pour favoriser le parcours des jeunes, et prévenir au maximum des risques de décompensation et de chronicisation dans la psychose.

Présentation des partenaires et de leurs actions dans le tableau ci-dessous :

PARTENAIRES	INTERVENTIONS – ACTIONS PROPOSEES
CHU Pasteur : service C-DIP	- Centre de détection et d'intervention précoce pour les jeunes à haut risque d'entrer dans la psychose - Diagnostic (bilan médical, cognitif, fonctionnel, somatique…) - Psychoéducation patient/famille - Remédiation cognitive, TCC
Association Hospitalière Sainte Marie : CMP Le Bellagio	- Soins psychiatriques adultes - Programme Psychoéducatif patient et famille
Fondation de Nice : CSAPA Olivetto	- Consultations pluridisciplinaires addictions - Un professionnel dédié à l'accueil des jeunes
Métropole de Nice : Mission Locale de Nice	- Accès aux droits sociaux (ressources, logement…) - Accès à une insertion sociale et professionnelle
Association UNAFAM	- Accueil des familles - Écoute et Informations en santé mentale - Groupe de paroles
Association ISATIS : service SAMSAH /plateforme ICEO	- Accompagnement médico-social axé Rétablissement en santé mentale - Insertion sociale, socio-culturelle et préprofessionnelle

Association ISATIS : Service PAS et DEA	- Accompagnement professionnel : élaboration de projet professionnel, intégration en entreprise et maintien en emploi
Association ISATIS : Services de Logements Accompagnés (Résidence Accueil, IML, Habitat Inclusif)	- Accès et maintien dans un logement de droit commun - Accompagnement social pour le maintien dans le logement et le déploiement de la qualité de vie.

4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

5. Autres acteurs

Les structures telles que La maison des Adolescents, le Carrefour Santé Jeunes, La Fondation LENVAL n'ont pu participer aux réunions concernant ce projet. Un partenariat sera recherché avec ces structures aux vues de leurs actions sociales, médico-sociales et sanitaires.

De plus, nous souhaitons travailler en lien avec la MDA acteur majeur des parcours des jeunes et de leur continuité sur le département.

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)

☒ Rétablissement
☐ Promotion de la santé mentale
☒ Développement des compétences psychosociales
☐ Suicide
☒ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…)
☐ Droits des usagers
☐ Bonnes pratiques
☐ Déterminants sociaux de santé
☐ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations
☐ Santé communautaire
☐ Savoirs d'expérience
☒ Inclusion sociale
☐ Emploi
☐ Logement inclusif
☒ Handicap psychique

Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) :

Prévention sanitaire et sociale – Jeunes - schizophrénie – Intervention précoce

6. Budget

Budget prévisionnel demandé	352 596€ sur 3 ans 117 532€ / an	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
Coût total estimé du projet	**352 596€ pour 3 années**	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[14]**	**Coût (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
Coordination/pilotage du projet	Conseiller PFS ICEO Isatis	*Mise à disposition 0,2 ETP*	Salarié	**0**	SAMSAH Isatis
Case manager 1	*Educateur Spécialisé*	*1 ETP*	*Salarié*	**43 938€**	A recruter Isatis
Case manager 2	*Médiateur de santé pair*	*0,50 ETP*	*Salarié*	**17 770€**	A recruter Isatis
Case manager 3	Psychologue	0,50 ETP	*Salarié*	**31 074€**	A recruter Isatis
Direction / administration	Directrice /assistante	Mise à disposition	*Salariées*	0	DT AML 06 Isatis

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépense	**Montant (TTC)**
Dépenses afférentes à l'exploitation courante (achat, carburant, fournitures administratives, déplacements, frais postaux, téléphone, prestations de services informatique)	9 900€
Dépenses afférentes *à la structure (quote-part location mobilière, assurances, divers cotisations, frais de siège, dotations aux amortissements)*	14 850 €

[14] **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service

Projets territoriaux de santé mentale

AXE 3

AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET D'INCLUSION SOCIALE ET LA CITOYENNETE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE.

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHE ACTION

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Titre du Projet : unité mobile d'accompagnement et de psychoéducation pour les proches de personnes souffrant de troubles psychiques et les acteurs du territoire

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CH Ste MARIE
Nom du représentant légal de la structure	V.MOURARET Directeur par Interim
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr BUISSE Virginie, Médecin Chef du PPG Nord
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Centre Hospitalier Sainte-Marie NICE 87 av Joseph RAYBAUD CS 41519 06009 NICE cedex 1
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ ☎
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@virginie.buisse@ahsm.fr ☎06.03.62.98.38

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☐ Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

	☐ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☒ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques ☒ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	60 mois
Date ou période de réalisation pressentie	Du 01-01-2024 au 31-12-2029

2. Constats/problèmes transversaux en du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☒ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☒ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☒ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☐ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☒ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☐ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☒ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☐ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

3. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin
(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)

La schizophrénie est une maladie psychique grave et invalidante qui touche 1 % de la population soit près de 670 000 personnes en France.

Cette pathologie impacte les malades mais également leurs familles, avec des conséquences psychologiques et somatiques néfastes, des conflits intra familiaux majeurs, un épuisement des ressources, une perte d'espoir et un rejet du proche malade. La perte de la capacité à aider peut ainsi aboutir à l'abandon du malade par ceux qui sont considérés comme « aidants familiaux ».

Pourtant les aidants familiaux jouent un rôle essentiel dans le cours évolutif de cette affection et sont des acteurs du rétablissement. Les familles sont très souvent sollicitées dans la réalisation et la gestion de nombreuses tâches et activités du quotidien (entretien du logement, du linge, courses, repas, démarches administratives …) et apportent également un soutien affectif à leurs proches. Ils les aident à maintenir une qualité de vie suffisante et ce soutien, non rémunéré, offerts par les proches aidants, représentent une contribution majeure au système socio-sanitaire qu'il serait couteux de remplacer.

Mais cette relation d'aide au proche souffrant de troubles psychiatriques sévères constitue une expérience douloureuse que les familles désignent fréquemment sous le terme de « fardeau » en ce qui concerne la maladie et de « parcours du combattant » en ce qui concerne le parcours de soins. En effet, en comparaison avec la population générale, les aidants en psychiatrie se caractérisent par un moins bon niveau de santé physique et psychique avec un taux de dépression de 3 à 5 fois plus élevé, ce qui en fait une population vulnérable qui devient à son tour usager de la santé.

Se basant sur les constats relayés par les équipes de terrain et les associations de parents, l'équipe d'aide aux aidants a rapidement perçu que les familles souffrent d'un manque criant d'informations et qu'ils arrivent après des années de recherches, d'errance et de souffrance, dans une posture ne favorisant pas toujours la collaboration avec les équipes en charge des patients. Cette réflexion a mis en avant la nécessité d'une identification plus précoce des familles concernées, d'une information rapide, d'une prise en compte de leur souffrance.

Au-delà des aidants familiaux, ce sont tous les acteurs inter agissant auprès des personnes souffrantes de troubles psychiques (acteurs du secteur sanitaire, social, médico-social, de l'enseignement, de l'insertion professionnelle, du logement) qui pourraient bénéficier d'une expertise en santé mentale et d'une sensibilisation en communication dans le but de réduire la stigmatisation et de faciliter l'accès aux soins.

Il est reconnu que les aidants familiaux tout comme les partenaires professionnels informés et/ou formés deviennent plus compétents pour alerter sur le dispositif d'aides.

Le projet accorde une place centrale aux aidants et par ruissellement aux usagers en santé mentale.
Les aidants sont au cœur du parcours de soin de leur proche. Ils ont une place à la fois privilégiée et essentielle mais c'est aussi un poids très lourd à porter seul.

- 30 % des familles interrogées déclarent que leurs proches vivent chez eux
- 71 % des aidants ont le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés dans le parcours de soins de leur proche
- 73% ont des difficultés à faire hospitaliser leurs proches
- 70 % gère les problèmes administratifs
- 94 % déclarent une rupture dans le déroulement de leur propre vie

Ces chiffres sont révélateurs de la charge, du « fardeau » qui pèse sur les familles. C'est pour cette raison qu'ils doivent pouvoir être suffisamment informés pour réagir et mieux accompagnés pour mieux faire face. Il ne s'agit pas de les substituer aux équipes de soins mais de leur permettre d'être acteur à leur place d'aidant.

Le développement d'une équipe mobile essentiellement dédiées aux aidants est unique en P.A.C.A. et en France. De plus, il s'agit d'organiser un dispositif de proximité travaillant en étroit partenariat avec les acteurs locaux de la santé mais aussi du secteur social, médico-social et associatif.

B. Objectif général (*) :

« Outiller / Soutenir / accompagner les aidants de personnes souffrant de troubles psychiques pour améliorer leur qualité de vie, sur le secteur de Nice Nord »

C. Objectifs spécifiques et opérationnels :

OS 1 : Favoriser une culture commune pour détecter précocement des aidants en s'appuyant sur le réseau de ville-hôpital existant

- OO1 : Promouvoir l'équipe mobile auprès des acteurs partenaires de proximité (institutionnels, libéraux, associatifs) de la psychiatrie
- OO2 : Sensibiliser les acteurs partenaires (institutionnels, libéraux, associatifs) de la psychiatrie à la maladie, la psychoéducation, l'accueil des aidants et aux techniques de communication en psychiatrie
- OO3 : Inciter les professionnels du secteur à orienter les aidants vers le bureau des aidants et son équipe mobile

OS 2 : Renforcer le bureau des aidants par le développement d'une équipe mobile

- OO1 : Renforcer les permanences d'accueil et d'information de proximité pour les familles grâce au renforcement du bureau des aidants
- OO2 : Co construire un parcours individualisé pour chaque aidant

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

OS1 : Favoriser une culture commune pour détecter précocement des aidants en s'appuyant sur le réseau de ville-hôpital existant

- OO1 : Promouvoir l'équipe mobile auprès des acteurs partenaires de proximité (institutionnels, libéraux, associatifs) de la psychiatrie
  - A 1 : Identifier les professionnels du secteur confrontés aux troubles psychiques et à l'accueil des aidants et les lieux d'accueil potentiels susceptibles d'accueillir des permanences de l'équipe mobile
  - A 2 : Rencontrer les professionnels du secteur confrontés aux troubles psychiques et à l'accueil des aidants
  - A 3 : Création d'outils de communication sur le bureau des aidants et l'équipe mobile

- OO2 : Sensibiliser les acteurs partenaires (institutionnels, libéraux, associatifs) de la psychiatrie à la maladie, la psychoéducation, l'accueil des aidants et aux techniques de communication en psychiatrie

    - A1 : Organiser des soirées thématiques à destination des professionnels de santé libéraux
    - A2 : Organiser des sessions de sensibilisation thématiques à destination des professionnels du médico- social

- OO3 : Inciter les professionnels du secteur à orienter les aidants vers le bureau des aidants et son équipe mobile

    - A 1 : Organiser des réunions régulières d'appui aux professionnels
    - A 2 : Création d'une fiche de liaison d'identification des aidants

OS2 : Renforcer le bureau des aidants par le développement d'une équipe mobile

- OO1 : Renforcer les permanences d'accueil et d'information de proximité pour les familles grâce au renforcement du bureau des aidants
    - A 1 : Accueil des aidants dans les lieux de proximité identifiés

- OO2 : Co construire un parcours individualisé pour chaque aidant
    - A 1 : Entretien d'accueil et d'évaluation des besoins
    - A 2 : Entretien d'information sur les dispositifs de soutien spécialisé et les programmes de psychoéducation
    - A 3 : Elaboration d'un parcours personnalisé

E. Bénéficiaires :

- Les aidants
- Les acteurs partenaires : CLSM, Maison de l'Autonomie, l'adresse des aidants, DAC, CPTS, MSP, centre de santé universitaire, les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux, MSD, Ville de NICE, CCAS, les associations de familles et d'usagers.

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Le périmètre d'action s'étend sur le secteur de Nice Nord, qui est l'un des périmètres d'intervention du CH Sainte Marie de Nice.

G. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

Moyens matériels :

- Véhicules
- Ordinateurs portables
- Téléphones portables
- Vidéo projecteur
- Pointeur
- Roll-up de présentation
- Flyers, affiches …

Moyens humains :

- Psychiatre
- Infirmière coordinatrice IPA
- Secrétaire
- Assistante sociale
- Médiateur de santé pair
- Psychologue

H. Modalités de suivi

Feuilles d'émargement, planning, calendrier, tableau de bord, compte rendu de réunion

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Listing / répertoire des professionnels partenaires confrontés et des lieux d'accueil sur Nice Nord
- Listing / répertoire des lieux d'accueil
- Planning des différentes rencontres et réunions
- Planning des permanences d'accueil dans les différents lieux
- Création d'un flyer d'information avec QR code
- Création d'une fiche de saisine à l'attention des partenaires
- Création d'un recueil de données pour les aidants familiaux orientés et reçus

- Evaluation de Processus

- Nombre et type de structures partenaires rencontrées pour la mise en place de permanences
- Nombre de conventions signées ou de partenariats établis
- Nombre de personnes accueillies pendant les permanences
- Nombre de réunions de présentation auprès des professionnels hospitaliers
- Nombre et type de participants : feuille émargement
- Nombre de réunions de présentation de l'offre de services auprès des acteurs partenaires
- Nombre et type de partenaires rencontrés : : feuille émargement
- Nombre de sessions de sensibilisation organisées
- Nombre et type de participants : feuille émargement
- Satisfaction des participants aux sessions de sensibilisation
- Acquisition de techniques de communication efficaces
- Meilleure compréhension des troubles psychiques
- Nombre d'aidants signalés
- Nombre d'aidants reçus en entretien d'évaluation
- Nombre d'aidants orientés vers un entretien de soutien spécialisé
- File active de chaque intervenant spécialisé
- Qualité de vie (échelle de qualité de vie) des aidants PEC
- Nombre d'aidants inscrits à un programme de psychoéducation
- Nombre de participant par programme de psychoéducation proposé
- Nombre de visites à domicile réalisées
- Satisfaction des aidants accompagnés par l'unité mobile

- Résultats attendus

- Accès facilité pour les aidants à un soutien et un accompagnement adapté
- Amélioration du travail collaboratif avec le réseau de ville

7. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet

Les usagers ne sont pas notre cible principale mais bénéficieraient de nos actions par ricochet.

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet

Les aidants sont la cible prioritaire du projet.

Ils représentent, comme décrit dans le projet, l'axe prioritaire de nos actions. L'équipe mobile va vers les aidants, à domicile ou dans des lieux non stigmatisants et non stigmatisés au sein même de la cité.

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

⇨ ARS : financement
⇨ Maison des aidants, maison des usagers, CLSM, CCAS, MSD… : mise à disposition de locaux et relais d'information
⇨ Les partenaires professionnels de la santé : orientation d'aidants vers l'unité mobile
⇨ France Profamille et l'association Promesse, porteuses de programmes de psychoéducation pour les proches aidants : promotion de l'unité mobile
⇨ UNAFAM : promotion de l'unité mobile et adressage
⇨ Le Phare des 2 Pôles en tant qu'association d'usager : promotion de l'unité mobile et adressage
⇨ Les groupements d'entraide mutuelle : promotion de l'unité mobile et adressage

4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

⇨ Néant

5. Autres acteurs

Mots-Clés

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)
☐ Rétablissement ☒ Promotion de la santé mentale ☐ Développement des compétences psychosociales ☐ Suicide ☐ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…) ☐ Droits des usagers ☒ Bonnes pratiques ☒ Déterminants sociaux de santé ☒ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations ☐ Santé communautaire ☒ Savoirs d'expérience ☐ Inclusion sociale ☐ Emploi ☐ Logement inclusif ☒ Handicap psychique
Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) : Psychoéducation, aidants, mobilité, outiller, accompagner

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	251,5 K€	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
ARS PACA PTSM	251,5 K€	En cours
Coût total estimé du projet	251,5 K€	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	**Qualification**	**Equivalent temps plein**	**Statut[15]**	**Coût (Salaire chargé ou prestation de service)**	**Structure de rattachement**
	Psychiatre	0.2	S	28,6 K€	AHSM
Coordination	IPA	1	S	64,9 K€	AHSM
	Secrétaire	0.2	S	8,9 K€	AHSM
	ASSISTANTE SOCIALE 1	1	S	55,1 K€	AHSM
	MEDIATEUR SANTE PAIR	0.5	S	22,2 K€	AHSM
	PSYCHOLOGUE	0.5	S	29,6 K€	AHSM

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépense	Montant (TTC)
Formation	2,3 K€
Carburants	3,3 K€
Frais de gestion	20,9 K€
Communication / annonces	4,2 K€
Assurances	7,1 K€
Dotations aux amortissements des investissement	4,4 K€

Hypothèses retenues

- 0,2 ETP PM
- 3,2 ETP PNM
- Investissement : Véhicule / Ordinateurs / Vidéo Projecteur / Divers matériels
- Taux inflation +2%
- Glissement Vieillesse Technicité +1%

[15] **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service

Présentation P&L du Budget

Equipe Mobile Aidants

En K€	Budget
Étiquettes de lignes	
Titre 1-Charges de personnel	**211,5**
Autres charges de personnel (sauf 6489)	2,3
Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	9,5
Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	50,3
Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6319)	18,8
Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	114,4
Praticiens contractuels renouvelables de droit	16,3
Titre 2-Charges à caractère médical	
Entretiens et réparations de biens à caractère médical	
Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	
Sous-traitance générale	
Variations des stocks à caractère médical (60311, 60321, 60322, 60371)	
Titre 3-Charges à caractère hôtelier et général	**35,6**
613 - Locations	
Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	
Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	3,3
Autres charges de gestion courante (sauf 653)	20,9
Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	4,2
Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	7,1
Titre 4-Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	**4,4**
dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles	4,4
Total général	**251,5**

Projet Territorial en Santé Mentale
FICHE ACTION

Organisation d'un colloque de réhabilitation psychosociale à Nice

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	UNAFAM 06
Nom du représentant légal de la structure	
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Mme Brigitte LOSFELD déléguée départementale
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	15 rue Sorgentino 06300 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ 06@unafam.org ☎0763242345
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	brigitte.losfeld@laposte.net ☎ 0603221924

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ☒ Priorité 2 - Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques grave et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ☐ Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ☐ Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ☐ Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

	☐ Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	1 jour de colloque – préparation et synthèse : 8 mois
	Du|01|04|2024 au 30|11|2024

2. Constats/problèmes transversaux en du PTSM06

Le diagnostic territorial élaboré avec votre participation a fait émerger 8 constats transversaux (cf tableau ci-dessous). Votre projet devra tendre à répondre à un ou plusieurs de ces constats/problèmes. Merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action (pour cocher la case correspondante, double-cliquer sur la case de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	☐ Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels ☒ Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation ☐ Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels ☒ Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'usager ☐ Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce ☐ Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques ☒ Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles ☐ Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques

8. Description du Projet

Détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin

(*) un objectif se doit d'être SMART : ***S**pécifique **M**esurable **A**mbitieux **R**éaliste **T**emps situé dans le temps*

A. Contexte : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale…)

L'efficacité limitée des prises en charge traditionnelles pour l'intégration communautaire des personnes concernées par des troubles psychiques sévères a conduit au développement de la réhabilitation psychosociale (Franck et al. 2019). Il s'agit d'un ensemble de procédés visant à aider les personnes concernées par un trouble psychique à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes. La réhabilitation psychosociale met en valeur et renforce les capacités individuelles à l'aide

d'outils thérapeutiques spécifiques comme la remédiation cognitive, la psychoéducation, l'entraînement des compétences sociales, le case management, la pair-aidance et le soutien à l'emploi facilitant ainsi leur rétablissement et inclusion sociale. Répondre en priorité aux besoins exprimés par les personnes concernées et viser leur satisfaction est crucial, porteur d'espoir et de succès.

La réhabilitation psychosociale joue un rôle clé dans l'intégration sociale des personnes ayant des troubles psychiques. Au-delà de ses bénéfices pour les usagers, elle transforme les perceptions et les structures organisationnelles. En présentant une image plus humaine et moins centrée sur l'hôpital de la psychiatrie, elle est un puissant outil de déstigmatisation.
Les approches spécifiques incluent plusieurs interventions essentielles qui ont fait la preuve de leur efficacité : amélioration du fonctionnement social (Turner et al. 2018), de l'observance médicamenteuse (Zhao et al. 2015), réduction des symptômes négatifs (Turner et al. 2018), meilleure gestion du quotidien et amélioration du fonctionnement cognitif (Vita et al. 2021), diminution du recours à l'hospitalisation (Turner et al. 2018), amélioration de la continuité des soins (Dieterich et al. 2017), facilitation de l'accès à l'emploi (Bond et al. 2008). Ces approches intégrées démontrent l'intérêt et l'efficacité de la réhabilitation psychosociale, contribuant à une meilleure qualité de vie et une plus grande inclusion sociale pour les personnes concernées.

Le Ministère de la santé et des solidarités a annoncé en septembre 2018 la stratégie « Ma santé 2022 », dont l'objectif principal est de favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé au service des patients. Cette action du gouvernement place la santé mentale au rang de priorité en fixant parmi les objectifs à poursuivre le développement de la réhabilitation psychosociale. Aussi, l'insertion sociale et la citoyenneté des personnes concernées par des troubles psychiques constituent le troisième axe de la feuille de route « Santé Mentale et Psychiatrie » (mars 2023) et doit s'articuler avec la promotion de la réhabilitation psychosociale dans les parcours de soins sur l'ensemble du territoire.
De plus, cette évolution semble correspondre à la fois aux attentes des personnes concernées et des familles, en répondant à des besoins nettement identifiés, mais également à celles des professionnels, comme le montre des études récentes qui soulignent, chez de nombreux soignants, le souhait de voir se développer des structures de proximité orientées vers le rétablissement (cf synthèse du questionnaire Réhabilitation Psychosociale réalisé en 2019 dans le cadre du GHT 06 auprès du personnel des établissements de soins du département).

A partir de ces éléments, un projet de colloque, « 1er Colloque de Réhabilitation Psychosociale sur le territoire des Alpes Maritimes » a émargé lors d'un atelier « Réhabilitation – Pouvoir d'Agir » qui s'est tenu le 8 décembre 2023 dans le cadre du Conseil National de la Refondation Santé Mentale.
Les échanges durant cet atelier ont permis d'aboutir à différents constats, pistes de réflexions et projets à développer.
Ce projet s'inscrit dans la politique régionale de santé, en réponse à un diagnostic territorial ayant révélé un faible recours à la réhabilitation psychosociale dans les Alpes-Maritimes.

Ce premier colloque de réhabilitation psychosociale des Alpes-Maritimes, destiné aux professionnels du territoire qui accompagnent des personnes souffrant de troubles psychiatres, constitue une première étape vers la constitution d'un réseau au service du déploiement d'actions de réhabilitation psychosociales.
Suite au colloque le CR2P et REHAB SUD pourraient proposer aux équipes motivées de l'accompagnement de terrain.

B. Objectif général (*) :

Sensibiliser les acteurs aux pratiques orientées rétablissement et à la réhabilitation psychosociale au travers d'un 1er colloque organisé à Nice

C. Objectifs opérationnels :

- Promouvoir des actions concrètes de réhabilitation psychosociale sur le territoire des Alpes-Maritimes
- Améliorer les connaissances en matière de réhabilitation psychosociale

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Constitution et animation d'un comité d'organisation
- Mobilisation d'intervenants/ d'expert sur la thématique
- Mise en place d'une stratégie de communication
- Gestion des aspects administratifs, logistiques du colloque
- Recueil, synthèse des éléments d'évaluation

E. Bénéficiaires :

- Acteurs de la santé mentale du secteur social, médico-social et sanitaire
- Personnes concernées par un trouble psychique et leurs proches (indirectement)

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

- Nice avec un rayonnement sur le Territoire des Alpes-Maritimes

G. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

- le Comité d'organisation : Coordinatrice du CLSM de Nice, Bénévoles de l'UNAFAM, le Coordinateur du PTSM, la Coordinatrice du CR2P, le Bureau des Aidants du CHSM de Nice, deux médecins chefs du CHSM de Nice, la présidente de l'association le Phare des 2 Pôles, la Directrice Territoriale Alpes-Maritimes « Lutte contre les Inégalités Sociales » du Groupe SOS, la Directrice Territoriale & GCSMS Un Chez Soi Nice, une travailleuse sociale du Pôle Insertion de l'association ALC
- les intervenants : Pr Nicolas Franck (psychiatre au CH le Vinatier à Lyon), Dr Marie-Cécile BRALET (psychiatre au CHI de Clermont de l'Oise), Pr Christophe LANCON (psychiatre à l'AP-HM), Carine FINIELS (coordinatrice de REHAB SUD), Sarah GOMEZ (coordinatrice du CR2P), Laurent LECARDEUR (psychologue à Nice), Pilar EXPOSITO (bénévole UNAFAM), Association ESPER PRO, Brigitte LOSFELD (déléguée départementale UNAFAM 06), Bureau des aidants CHSM, usagers-locataires d'Un Chez Soi d'Abord Nice, Jean-Yves GIORDANA (coordinateur PTSM).
- Salle de conférence du CUM, mis à disposition par la Ville de Nice

H. Modalités de suivi :

- Calendrier de travail
- Compte rendu de réunion
- Programme du colloque
- Questionnaire de satisfaction des participants

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

- Évaluation du processus :
  - Nombre de personnes inscrites
  - Nombre de participants au colloque
  - Secteur d'activité des participants

- Fonction des participants
- Degré de satisfaction des participants (questionnaire)
- Nombre de réunions du comité d'organisation
- Composition du comité d'organisation
- Qualification des intervenants

- Résultats attendus :

4. Acteurs et partenaires Impliqués (une demi-page) ou pressentis

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
   - Participation d'usagers dans le comité d'organisation
   - Témoignages de personnes concernées durant le colloque sur leur expérience de rétablissement et leurs besoins en matière de réhabilitation psychosociale (conférence, atelier, bibliothèques vivantes)

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
   - Projet porté par l'association UNAFAM 06
   - Interventions de proches durant le colloque sur leur expérience, leur implication et leur propre parcours

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
   - L'association UNAFAM 06
   - Le CODES 06 coordonnateur du Projet Territorial de Santé Mentale des Alpes-Maritimes
   - Le Centre de Réhabilitation Psychosociale de Proximité du CHU de Nice
   - Le Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice
   - Le GCSMS porteur du dispositif « ACT - Un Chez Soi d'Abord »
   - L'association ALC participation au groupe de travail du CNR
   - Le Groupe SOS Solidarités participation au groupe de travail du CNR Le Conseil Local en Santé Mentale de la ville de Nice

4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
5. Autres acteurs

Mots clés (1 mot-clé minimum, 5 mots-clés maximum)
☒ Rétablissement ☐ Promotion de la santé mentale ☐ Développement des compétences psychosociales ☐ Suicide ☐ Public vulnérable (précarité, personne âgée, petite enfance…) ☐ Droits des usagers ☐ Bonnes pratiques ☐ Déterminants sociaux de santé ☒ Lutte contre les violences / stigmatisations / discriminations ☐ Santé communautaire ☒ Savoirs d'expérience ☐ Inclusion sociale ☐ Emploi ☐ Logement inclusif ☒ Handicap psychique
Mots clés libres (3 mots-clés minimum, 5 mots-clés maximum) : Réhabilitation psychosociale, Pouvoir d'agir, Déstigmatisation

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	5000€	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	**Montant**	**Statut de la demande (acquise, en cours)**
ARS CNR	5 000€	Acquis
Coût total estimé du projet	5000€	