



PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Département des Alpes-Maritimes
2021-2025

10 décembre 2020

Table des Matières

1.	Introduction.....	9
1.1	Le Cadre réglementaire	9
1.2	La commande : la mission d’animation et de rédaction du PTSM06	10
1.3	Les modalités d’élaboration du PTSM	10
1.3.1	Le cadre méthodologique et principes.....	10
1.3.1.1	Le diagnostic territorial partagé.....	11
1.3.1.2	Le PTSM06, une démarche de démocratie en santé.....	12
1.3.1.3	Les acteurs du PTSM.....	12
1.3.2	Le processus par étapes	13
1.3.2.1	Rencontres préalables et réunion de lancement du PTSM.....	13
1.3.2.2	Le comité de pilotage	13
1.3.2.3	Les groupes de travail thématiques	14
1.3.2.4	La réunion plénière du 20 janvier 2020.....	15
1.3.2.5	Animation Régionale du Processus d’écriture des PTSM.....	15
1.3.2.6	Suivi des travaux et validation du PTSM06	16
1.3.2.7	Le calendrier d’élaboration du PTSM06	17
2.	Portrait de la population des Alpes Maritimes	18
2.1	Une population stable en nombre, plutôt dynamique dans le Moyen-Pays mais globalement âgée.....	18
2.2	Un sérieux risque d’isolement au regard d’une part importante de personnes vivant seules (4 ménages sur 10) et de plus de 30 % des familles monoparentales dans certains territoires	20
2.3	Une population évoluant dans un département contrasté, où certains territoires cumulent les difficultés.....	21
2.4	Une population qualifiée, un taux de chômage élevé et une précarité de l’emploi.....	21
2.5	Des inégalités sociales marquées et un taux de pauvreté élevé.....	23
2.6	Une forte densité carcérale avec des prisons saturées.....	24
2.7	Moins de bénéficiaires de la CMU.....	25
3.	Etat de santé mentale de la population des Alpes-Maritimes.....	26
3.1	Un taux de mortalité associé à un trouble mental en constante augmentation dans le département	26
3.2	Un taux de mortalité lié au suicide proche de la moyenne nationale, mais plus important chez les femmes	27
3.3	Données relatives aux substances addictives	29
3.4	Données relatives à la schizophrénie	30
3.5	Données relatives aux troubles bipolaires	31
3.6	Données relatives aux Episodes Dépressifs Caractérisés.....	31
3.7	Données relatives aux troubles anxieux.....	32
3.8	Données relatives aux troubles du comportement alimentaire	32

3.9	Synthèse état de santé mentale de la population	32
4.	Les ressources mobilisables pour la santé mentale de la population des Alpes-Maritimes.....	36
4.1	Des ressources plus ou moins mobilisables pour les soins thérapeutiques (urgences, hospitalisation, consultation, soins somatiques) ?	36
4.1.1	Une offre médicale et paramédicale libérale bien pourvue au regard particulièrement du niveau national, mais vieillissante et inégalement répartie au détriment du Haut Pays	36
4.1.2	Mais des structures d'exercice coordonné en développement pour garantir l'accessibilité aux soins sur les territoires fragiles.....	38
4.1.3	Une offre hospitalière publique en évolution, des équipements en psychiatrie moindres particulièrement pour les enfants et adolescents	39
4.1.3.1	Une offre hospitalière publique qui se réorganise dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) autour du CHU de Nice.....	39
4.1.3.2	Des équipements (lits et places) en psychiatrie moindre comparativement à la région et à la France surtout concernant les enfants et les adolescents.....	42
4.1.4	Une diversité de dispositifs pour les soins en intra et en extra hospitalier	44
4.1.4.1	Des dispositifs de soins portés par les établissements de santé.....	44
4.1.4.2	Des dispositifs spécialisés en addictologie	46
4.2	Des ressources pour l'accompagnement social et médico-social insuffisantes, inégalement réparties et de plus en plus mobilisés.....	47
4.2.1	Des taux d'équipement en structure médico-sociales pour les adultes, les enfants et les adolescents comparables à ceux de la région mais inférieurs aux taux nationaux.....	47
4.2.1.1	Et pour les adultes, une offre insuffisante au regard des listes d'attentes et inégale surtout à l'ouest du département.....	47
4.2.1.2	Pour les enfants et adolescents, une offre très insuffisante, moindre à l'Est et pas toujours adaptée	51
4.2.2	Des services sociaux de plus en plus sollicités par des personnes en souffrance psychique.....	53
4.2.2.1	Toutes les ressources sociales potentiellement impliquée.....	53
4.2.2.2	Des CCAS de plus en plus sollicités par des personnes en souffrance psychique.....	54
4.2.3	Des ressources inscrites dans l'entraide	54
4.3	Des ressources en développement en matière d'accès aux droits et d'appui à la coordination des acteurs.....	55
4.3.1	La Maison Départementale des Personnes Handicapées 06 (MDPH06) en lien avec la CDAPH et la CAF	55
4.3.2	Une 10 ^{aine} de Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), mais aucun Contrat Local de Santé (CLS) dans les Alpes-Maritimes	56
4.3.3	Pour simplifier la vie des professionnels de santé, 3 plateformes territoriales d'appui (PTA) dont 1 en cours d'installation	57
4.3.4	Six MAIA pour simplifier le parcours des personnes âgées en situation de perte d'autonomie et des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives	58
5.	synthese du portrait de territoire	59
6.	Diagnostic Qualitatif Partagé : Constats, problématiques et pistes d'actions	61
7.	Conclusion	85

8.	Priorisation des pistes d'actions.....	87
9.	Fiches actions et dossiers d'intention du PTSM06.....	90
10.	Pilotage et suivi	317
11.	Evaluation.....	318
12.	Annexes	319

REMERCIEMENTS

Le projet territorial de santé mentale des Alpes-Maritimes, élaboré entre le mois de juin 2019 et le mois de novembre 2020, période marquée par une situation sanitaire dégradée, complexifiant le travail et imposant de nombreuses limitations, a été l'occasion d'une forte mobilisation de nombreux acteurs locaux.

Parmi eux de nombreux professionnels de santé et tout particulièrement de santé mentale, des acteurs des champs médico-éducatifs et médico-sociaux voire du domaine social, des coordinatrices des conseils locaux de santé mentale du département (au nombre de dix actuellement), des aidants issus pour la plupart de la délégation départementale de l'association UNAFAM et des usagers des dispositifs de soins psychiatriques et notamment des représentants de GEM (GEM « j'aime Nice » – GEM DIRHE - GEM Monaco - GEM Vallauris – GEM Grasse) ainsi qu'une association de patients « le phare des deux pôles ».

Les rencontres entre ces nombreux participants (plus d'une centaine) se sont déroulées dans un excellent état d'esprit et dans une visée constructive avec une forte implication de chacun.

Que tous (tes) soient, ici, vivement remerciés pour leur contribution.

I. INTRODUCTION

1.1 Le cadre réglementaire

La loi 2016 – 41 du 26 janvier 2016, « loi de modernisation de notre système de santé » définit les orientations de la stratégie nationale de santé et précise, dans son article 69, les principes généraux et les options retenues en matière de politique de santé mentale, et les attentes notamment vis-à-vis de la psychiatrie. Elle témoigne d'une volonté de réduire les inégalités territoriales et de favoriser une coordination de proximité.

Cette politique repose sur l'élaboration et la mise en place d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) qui est de nature à mobiliser l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, ainsi que des acteurs communautaires (tels que ceux œuvrant dans le domaine du logement ou du travail).

À partir d'un diagnostic partagé qui prend en compte les spécificités du territoire en matière de problématiques sanitaires identifiées, de l'offre de soins et des réponses disponibles, le projet territorial de santé mentale a pour objectif une adaptation au niveau d'un territoire donné des grandes orientations nationales et la déclinaison d'un plan d'actions détaillé mise en œuvre sur une durée de 5 ans.

Le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 (relatif au projet territorial de santé mentale), la circulaire du 2 mai 2017 (« une réponse accompagnée pour tous ») et l'instruction du 5 juin 2018 relative aux Projets Territoriaux de Santé Mentale précisant les modalités d'association des acteurs (envisageant la consolidation et la généralisation des CLSM), le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation. Ces textes contribuent à affiner les modalités d'élaboration du PTSM.

L'organisation territoriale de la prévention et des soins est également au cœur des orientations portées par la loi « ma santé 2022 ».

Enfin la feuille de route santé mentale et psychiatrie (28 juin 2018) décline la stratégie nationale de santé tant au niveau de la prévention, que du soin et de l'accompagnement. Ainsi, il s'agit, à cette étape, de concevoir une organisation fondée sur le parcours de soins des usagers (avec une attention particulière sur les risques de rupture), d'assurer un accompagnement pour tous, de veiller à la qualité, à la pertinence et à la sécurité des soins (« le bon soin, au bon endroit, au bon moment ») dans un esprit de mobilisation du réseau primaire de soins, de coordination ville – hôpital et de structuration d'une gradation de l'offre de soins.

Les textes législatifs, insistent particulièrement sur l'attention qui doit être portée au domaine de la prévention et de la promotion de la santé, et témoignent de la volonté de renforcer la démocratie en santé en accordant une place importante aux usagers et aux citoyens dans un souci permanent du respect de leurs droits.

Le projet territorial de santé mentale a pour vocation d'organiser l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224 – 5 à 10 :

1. Intervention précoce et accessibilité aux dispositifs de soins.
2. Parcours, rétablissement et inclusion sociale.
3. Accès aux soins somatiques.
4. Prises en charge de la crise.
5. Droits des usagers, lutte contre la stigmatisation.
6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

1.2 La commande : la mission d'animation et de rédaction du PTSM06

L'instruction du 5 juin 2018 relative aux Projets Territoriaux de Santé Mentale prévoit que les acteurs de terrain s'emparent de l'opportunité que constitue le PTSM pour s'organiser et mettre en place un plan d'actions cordonné en faveur de la santé mentale. L'ambition du PTSM est de mobiliser les acteurs locaux autour des enjeux territoriaux et de formaliser une politique ascendante en matière de santé mentale.

L'Agence Régionale de Santé PACA par l'intermédiaire de la DD 06 a confié la mission d'animation des travaux d'élaboration du PTSM 06 au CODES 06 (**dénommé « l'animateur PTSM » dans le texte**), pour ses compétences méthodologiques et son ancrage territorial. Cette mission, comme le prévoit le texte, revêt plusieurs aspects :

- L'élaboration d'un portrait de territoire départemental : aspects socio-démographiques, épidémiologiques et recensement de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale du département
- L'animation de groupes de travail thématiques
- L'identification et priorisation des actions et projets à inscrire dans le PTSM
- La participation aux réflexions, échanges régionaux
- L'accompagnement à la rédaction des fiches action du PTSM
- La rédaction des livrables demandés par l'ARS PACA documents finaux du PTSM

Le diagnostic territorial de santé et de l'offre de services (portrait de territoire) a été confié au Département de Santé Publique du CHU de Nice.

A chaque étape de l'animation du PTSM, l'animateur du PTSM a pu compter sur le soutien de la DD 06 ARS PACA

1.3 Les modalités d'élaboration du PTSM

1.3.1 Le cadre méthodologique et principes

L'instruction du 5 juin 2018 précise les contours de la démarche d'élaboration du PTSM : axes de travail, partenaires à solliciter, instances de validation ainsi que le calendrier d'élaboration. Elle prévoit que des partenaires d'horizons variés puissent contribuer aux travaux du PTSM.

Ainsi dans les Alpes Maritimes, une attention particulière a donc été accordée à la mobilisation des acteurs du territoire, au sens large, avec un travail conséquent de communication et d'information, dans les premières semaines et tout au long du travail de rédaction du PTSM.

Des groupes de travail thématiques ont été constitués ainsi qu'un comité de pilotage.

Le périmètre du Projet Territorial de Santé Mentale

- Psychiatrie et Santé Mentale

Rappelons que le « plan territorial » a pour objet la santé mentale d'une population donnée sans se limiter à la psychiatrie et à la prévalence des troubles psychiques au sein de cette population.

En effet, la psychiatrie est une discipline médicale qui fait référence aux maladies mentales, aux symptômes et à une grande diversité de troubles psychopathologiques dont l'expression repose sur 2 critères : la temporalité et le retentissement dans la vie quotidienne. La santé mentale a un sens beaucoup plus large : **c'est une vision de la personne qui prend en compte tous les domaines. Il s'agit ainsi de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux aptitudes de l'individu à la vie collective, à l'étendue de son réseau relationnel, ses relations familiales, son**

insertion dans son environnement, à la dimension de sa vie professionnelle et son aptitude à s'autoriser des loisirs ... au final à sa qualité de vie.

La santé mentale est un des fondements de la santé humaine. Elle vise à la promotion du bien-être psychique d'un individu alors que la psychiatrie (dont l'objet concerne les processus et contenus de pensée et les comportements) ne représente qu'un des pôles de ce cadre conceptuel.

Ainsi la santé mentale se conçoit comme un continuum d'état psychologique depuis les pathologies mentales jusqu'aux situations où les personnes disposent de toutes leurs ressources psychologiques et de leur capacité d'agir par leurs rôles sociaux.

Il convient donc de concevoir la santé mentale comme l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse et efficace afin de faire face aux situations difficiles de la vie qu'elle est en mesure de résoudre ou encore d'être suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle la personne ne peut rien changer (cf. Annexe 1 – Instruction ministérielle).

- La Promotion de la Santé Mentale

La promotion de la santé mentale fait référence au concept de santé mentale positive c'est-à-dire qu'elle appréhende la santé mentale en termes positifs (notion d'épanouissement personnel, de capacité à se réaliser) plutôt que négatifs (souffrance psychique, maladie mentale).

La santé mentale est influencée non seulement par des caractéristiques individuelles (contrôle émotionnel et comportemental), mais aussi par des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux.

3 catégories de déterminants influents sur la santé mentale :

- Les ressources psychiques, les comportements individuels, qui permettent à un individu de se prendre en charge dans sa vie quotidienne (concept d'autonomisation)
- Les facteurs déterminés par le contexte social et économique d'une personne (conditions de vie, qualité et étendue de son réseau social)
- L'environnement socioculturel, économique et politique (réduction des inégalités)

La promotion de la santé mentale a pour objectif d'influencer les déterminants essentiels de la société et tout particulièrement les déterminants sociaux, environnementaux et économiques afin de favoriser l'intégration sociale des personnes les plus fragiles ou des groupes les plus vulnérables.

1.3.1.1 Le diagnostic territorial partagé

L'instruction du 5 juin 2018 prévoit « *L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue une démarche participative et qualitative qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale* ».

Ce travail s'articule autour de la réalisation d'un portrait de territoire sur la base d'une analyse documentaire (données socio-démographiques, données épidémiologiques, indicateurs de ressources et d'offres, ...), mission qui a été confiée au Département de Santé Publique du CHU de Nice, spécialiste dans ce domaine ; et d'éléments qualitatifs issus des groupes de travail thématiques.

Dans le département 10 communes ont mis en place un CLSM. Certains constats, ont pu être d'autant mieux partagés qu'une dynamique locale était déjà engagée. En effet plusieurs CLSM du département, en préalable au développement de leurs actions singulières ont procédé à un diagnostic local portant sur les spécificités du territoire géo-démographique concerné. Certains s'attachant à répertorier de façon exhaustive les structures et organisations en mesure de proposer une aide dans le domaine de la santé mentale, d'en évaluer les forces et les limites avec élaboration d'un répertoire (CLSM de Nice). D'autres abordant la question de l'état des lieux et du diagnostic sous l'angle de la prévalence des troubles psychiques repérés chez les résidents de la commune (Enquête « Santé Mentale dans la communauté : « Image et Réalité » du CCOMS menée à Cagnes sur Mer).

1.3.1.2 Le PTSM06, une démarche de démocratie en santé

- La place centrale des usagers

A l'instar de la volonté régionale, la participation des « usagers » a été recherchée et, dans la mesure du possible, favorisée afin que le PTSM 06 prenne en considération leurs expériences, leurs vécus, leurs paroles et leurs propositions d'action. Les associations d'usagers et les GEM ont été invités à contribuer. Nous pouvons constater que la participation des usagers est d'autant plus effective si ces derniers ont été accompagnés dans cet exercice et ont été formés à l'empowerment. La majorité des personnes concernées accueillies dans les groupes ont bénéficié de cet accompagnement par l'intermédiaire de l'équipe du CMP Bellagio du CHS Ste Marie.

- Des travaux réalisés dans une ambiance bienveillante et respectueuse

Les travaux du PTSM se sont déroulés dans un climat de bienveillance, de respect et d'échanges constructifs. Ce climat de travail a permis à chaque participant de « trouver » sa place, d'apporter ses éclairages et de prendre part aux discussions, rendant ainsi le travail agréable pour les participants et l'animateur.

1.3.1.3 Les acteurs du PTSM

- Comme le prévoit les textes officiels, le PTSM est ouvert à tous les acteurs pouvant contribuer directement ou indirectement à la promotion de la santé mentale et l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant un trouble de santé mentale. La constitution des groupes s'est faite sur invitation (mail) par « l'animateur PTSM » à partir du premier fichier d'acteurs du territoire, établi par la DD06 ARS (base d'invitations de la réunion de lancement du PTSM), enrichie à la fois par « l'animateur PTSM » mais aussi par les différents partenaires, parties prenantes, tout au long des travaux de rédaction du PTSM.
- Nous avons souhaité ouvrir les échanges aux professionnels, bénévoles et personnes directement concernées et éviter que seuls les secteurs de psychiatrie ne soient représentés.
- Ainsi des invitations à contribution ont été envoyées à une très grande diversité d'acteurs notamment, aux services de santé au travail, au secteur social et médico-social, aux acteurs du monde de l'entreprise, à l'Education Nationale et de l'insertion professionnelle ainsi qu'aux acteurs du logement... (cf. liste Annexe 2)
- Cette diffusion large a permis la participation d'un panel important d'acteurs : services sanitaires, médico-sociaux, sociaux, services éducatifs, Groupe d'Entraide Mutuelle, services départementaux, les structures d'insertion, CLSM... Cette diversité a permis d'apprendre à se connaître et de questionner, ensemble, les problématiques rencontrées dans le département des Alpes-Maritimes.
- Dans cette dynamique, les Conseils Locaux en Santé Mentale du territoire départemental, ont été des relais de communication et de promotion essentiels. Ils ont également été très facilitant pour l'organisation des rencontres avec la mise à disposition de salles de réunion et extrêmement contributifs aux réflexions et travaux. Leur implication à chaque étape a constitué une véritable plus-value.

1.3.2 Le processus par étapes

1.3.2.1 Rencontres préalables et réunion de lancement du PTSM

L'élaboration du Projet territorial de santé mentale (PTSM) des Alpes-Maritimes a commencé en janvier 2019.

Les enjeux, les capacités, les niveaux de connaissance, l'intérêt, le statut des multiples intervenants étant extrêmement divers, une première étape de préparation s'imposait au regard de la diversité et du nombre des parties prenantes potentielles au projet.

Il a donc semblé utile, de proposer des rencontres préparatoires à une grande réunion territoriale de lancement aux différents participants, pour encourager et faciliter la participation de chacun(e) aux débats.

Les objectifs étaient de :

- Diffuser les dispositions réglementaires et les ambitions du PTSM
- Recueillir les attentes
- Préparer la participation à la réunion de lancement et aux travaux à venir.

Cinq réunions préparatoires ont ainsi eu lieu en mars-avril 2019, regroupant :

- Les usagers et associations d'usagers et des familles (GEM, médiateurs pairs, Unafam, Le Phare des 2 Pôles, AFTC ...) – 21 mars 2019
- Les professionnels de santé, en particulier les médecins libéraux (URPS, DERMG, CDOM, BAPU, SUMPPS) – 2 avril 2019
- Les associations thématiques (logement, précarité, etc.) et transversales (ABA, AFPJT, ALC, ADAPEI, APAJH, burn-out, C3S, Croix-Rouge, Fondation de Nice, HARJES, ISATIS, Montjoye, SOS Solidarité, SOS Suicide Phenix, UDAF06, UGECAM) – 14 mars 2019
- Les CLSM du département (dix, dont deux en voie de conventionnement) et le CODES 06 ; avec l'objectif spécifique de porter à la connaissance des élus le nouveau dimensionnement territorial du projet qu'ils portent au niveau de la commune – 12 mars 2019
- Les institutions du département (Conseil Départemental (MDPH, PMI), DDCCS, PJJ, EN, CPAM, MSA, Mutualité, police nationale, justice) – 4 avril 2019

Ainsi le 6 juin 2019 a été organisée à Valbonne la réunion de lancement des travaux du PTSM 06, événement qui a réuni 121 acteurs du territoire, illustrant ainsi l'intérêt porté par ces derniers au PTSM (cf. programme – Annexe 3).

Le CODES 06 s'est vu confié la mission d'animation du PTSM à la suite de cette réunion de lancement.

1.3.2.2 Le comité de pilotage

Un comité de pilotage a été constitué par l'ARS DD06 avec pour objectifs :

- Mobiliser et encourager les acteurs associatifs et institutionnels à s'investir sur les questions de santé mentale.
- Décloisonner les initiatives, les politiques locales en favorisant la prise en compte de la santé mentale
- Valider la méthodologie, le plan d'actions, le calendrier et les livrables.

Il est organisé et piloté par la DD 06 ARS, il est composé des partenaires suivants :

- Représentants du GHT
- L'UNAFAM,
- « Le Phare des 2 pôles » - association d'usagers
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- La Maison Départementale des Personnes Handicapées
- Conseil Départemental 06,
- Un représentant de chaque groupe thématique,
- L'Education Nationale,
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale,
- Le Co-animateurs des groupes de travail
- L'Université Nice Côte d'Azur

Le comité de pilotage sera amené à s'étoffer en fonction des besoins des travaux du PTSM. Il s'est réuni 2 fois depuis le mois d'août 2019 : **le 24 octobre 2019 et le 10 Juillet 2020.**

1.3.2.3 Les groupes de travail thématiques

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 le Ministère a fixé six priorités qui ont guidées l'ensemble des travaux des groupes et le travail d'élaboration du projet territorial de santé mentale :

- **Groupe 1** : Interventions précoces et bonnes pratiques : 25 personnes inscrites, 14 participants en moyenne par rencontre
- **Groupe 2** : Parcours rétablissement et inclusion sociale : plus de 50 personnes inscrites, 25 participants en moyenne par rencontre
- **Groupe 3** : Les soins somatiques : 20 personnes inscrites environ, 10 participants en moyenne par rencontre
- **Groupe 4** : La gestion de la crise et de l'urgence : plus de 22 personnes inscrites, 16 participants en moyenne par rencontre
- **Groupe 5** : Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers : 29 personnes inscrites, 16 participants en moyenne par rencontre
- **Groupe 6** : Les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de santé : 22 personnes inscrites, 11 participants en moyenne par rencontre

Pour chacune de ces orientations, un groupe de travail a été constitué. A la demande de l'ARS PACA un septième groupe réservé exclusivement aux usagers des services de santé mentale a été créé. A noter que les usagers ont également participé aux autres groupes thématiques ainsi que les représentants des familles.

En cas d'indisponibilité des participants, ceux-ci pouvaient contribuer aux travaux par mail.

Le COPIL a validé, la proposition de coanimation de chaque groupe thématique avec un professionnel du territoire, doté d'une « expertise » spécifique sur le thème traité. Ainsi, nous avons pu compter sur le soutien des partenaires suivants :

- Dr Battista, Pédopsychiatre - Hôpital Lenval pour l'animation du groupe 1
- Dr Giordana, Psychiatre - CH Ste Marie pour l'animation des groupes 2 et 5
- M. Rubinstein, Médiateur de santé pair - Ville de Nice pour l'animation du groupe 3
- Dr Thiery, Psychiatre - CHU de Nice pour l'animation du groupe 4
- Pr Pradier, Professeur de santé publique - CHU de Nice, pour l'animation du groupe 6

L'animation des groupes de travail, l'ordre du jour, les techniques d'animation et les objectifs étaient fixés en amont et de manière concertée entre l'animateur du PTSM et les co-animateurs.

Au total **33 rencontres des groupes** ont eu lieu entre Septembre 2019 et novembre 2020 (cf. planning des groupes thématiques – Annexe 4)

A l'issue de chaque rencontre, un compte-rendu était rédigé et adressé à l'ensemble des participants aux 7 groupes thématiques sur leur demande. Ceci permettait d'éviter un fonctionnement en silo et de favoriser la transversalité des réflexions et travaux.

Les groupes de travail ont permis de :

- Présenter les enjeux, les tenants et les aboutissants de l'élaboration du PTSM 06
- Recueillir les questionnements, les interrogations des partenaires
- Recenser les difficultés et les besoins en lien avec le thème abordé (état des lieux qualitatif)
- D'identifier les perspectives d'actions existantes (à renforcer éventuellement) ou à envisager pour répondre au contexte local
- De prioriser les actions à inscrire dans le cadre du PTSM
- De rédiger des fiches actions à présenter et soutenir dans le cadre du PTSM

1.3.2.4 La réunion plénière du 20 janvier 2020

A l'issue des deux premières rencontres des groupes de travail thématiques, il est apparu nécessaire de pouvoir restituer les éléments de travail aux différents groupes, de partager les éléments de portrait de territoire (indicateurs socio démographiques, offre sanitaire, sociale et médicosociale) et de présenter des programmes, initiatives inspirantes- probantes pour l'élaboration du PTSM06 (cf. programme de la réunion plénière - Annexe 5).

Il a été décidé d'organiser une journée de travail, dite en plénière, c'est-à-dire, ouverte à tous les participants, aux acteurs institutionnels et au comité de pilotage.

Cette rencontre s'est déroulée le 20 janvier 2020, elle avait pour objectifs :

- Permettre aux participants d'avoir une vision globale sur les travaux du PTSM
- Présenter les éléments de diagnostic quantitatifs / portrait de territoire
- Présenter les éléments qualitatifs issus des groupes de travail
- Mettre à la discussion des participants les éléments de diagnostic quantitatifs et qualitatifs
- D'accueillir des présentations d'initiatives qui pourraient alimenter les réflexions locales

110 personnes ont participé à cette rencontre, qui a marqué la fin de la première phase de travail et a amorcé la phase de priorisation des actions à envisager dans le PTSM et la rédaction des fiches action.

1.3.2.5 Animation régionale du processus d'écriture des PTSM

Le CRES (Comité Régional d'Education pour la Santé) Provence-Alpes-Côte d'Azur est un centre ressources en promotion de la santé et en santé publique. Il s'adresse aux professionnels des champs sanitaire, social, éducatif, médico-social. Parmi ses missions, il coordonne et anime de nombreux dispositifs d'envergure régionale, dont l'élaboration des PTSM de la région.

Cette mission est financée par l'Agence Régionale de Santé.

Cette animation régionale du processus d'écriture des PTSM est copilotée avec l'ARS siège. En ce sens, un *comité de réflexion* a été créé entre l'ARS et le CRES.

Durant la phase d'écriture des PTSM (de mars 2019 à décembre 2020), le CRES accompagne les animateurs départementaux : sur la méthodologie qu'en termes d'apport de connaissances sur la thématique santé mentale. (cf Accompagnement Régional du CRES - Annexe 8)

1.3.2.6 Suivi des travaux et validation du PTSM 06

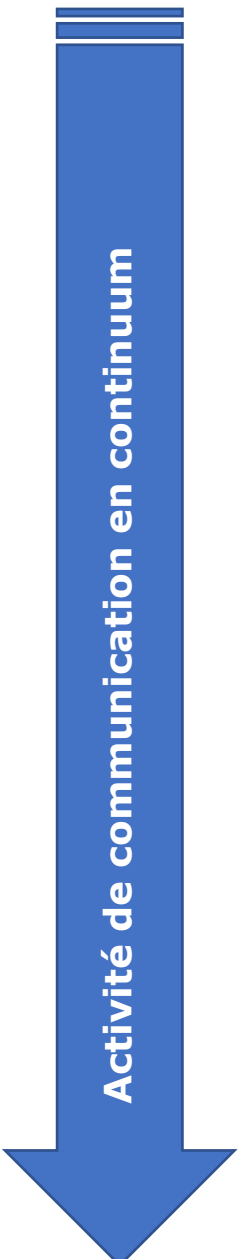
Tout au long du processus d'élaboration du PTSM des points d'étapes ont été réalisés avec l'ARS PACA siège et délégation départementale.

Par ailleurs, la présentation en comités de pilotage départemental a permis de partager et valider notre méthodologie, les axes de travail poursuivis et la priorisation des pistes d'actions.

Les CLSM ont été également associés à ce travail.

Ces étapes départementales ne se substituent pas à la validation finale et définitive qui, elle, relève de l'ARS PACA.

1.3.2.7 Le calendrier d'élaboration du PTSM06

	Mai 2019	5 Réunions préparatoires au lancement du PTSM 06 – organisées par la DD 06 ARS PACA
	6 Juin 2019	Lancement du PTSM 06 – organisé par la DD 06 ARS PACA
	Fin juillet 2019	La mission d'animation des travaux de rédaction du PTSM 06 est confiée au CODES 06
	Août 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Le CODES 06 conventionne avec le CHU de Nice pour la mission de portrait de territoire - Enrichissement des fichiers d'invitation fournis par la DD 06 ARS - Recherche des co-animateurs des groupes de travail thématiques - Organisation logistique des groupes de travail
	Septembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Animation des premiers groupes de travail thématiques
	Octobre 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Synthèse des rencontres, - Préparation et tenue du 1^{er} comité de pilotage - Lancement du portrait de territoire sur la base de données sociodémographiques, épidémiologique, ...
	Novembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Animation des 2^{èmes} rencontres des groupes de travail
	Décembre 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Synthèse des rencontres des groupes de travail - Préparation de la réunion plénière
	Janvier 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion plénière : présentation du diagnostic (qualitatif, quantitatif) territorial et d'initiatives inspirantes
	Février 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Animation des 3^{èmes} rencontres des groupes de travail - Synthèses des rencontres
	Mars 2020	Début de rédaction du PTSM : Priorisation des actions
	Juillet 2020	2 ^{ème} comité de pilotage
	Septembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Animation des 4^{èmes} rencontres des groupes de travail
	Septembre – Novembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction et accompagnement des différents porteurs pour la rédaction des fiches actions / notes d'intention - Présentation des travaux du PTSM 06 aux comités de pilotage CLSM organisés sur la période
	Décembre 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Remise du PTSM 06 à l'ARS PACA

2. PORTRAIT DE LA POPULATION DES ALPES MARITIMES

Le présent chapitre dresse un portrait de la population des Alpes-Maritimes à partir de données démographiques, socio-économiques et sanitaires disponibles.

Le portrait de la population des Alpes-Maritimes est tracé sous l'angle également de populations vulnérables (familles monoparentales, personnes âgées).

2.1 Une population stable en nombre, plutôt dynamique dans le Moyen-Pays mais globalement âgée

Selon le dernier recensement de l'INSEE en 2016, le département des Alpes-Maritimes compte 1 083 000 habitants (21,6% de la population régionale), ce qui en fait l'un des départements français avec la plus grande densité de population (252 hab./km² contre 103 en France métropolitaine). Cependant, avec sa géographie à la fois côtière et montagnaise, il existe une forte disparité entre le littoral, qui compte 2226 hab./km² et l'arrière-pays qui compte lui 9 hab./km².

Densité de la population, en 2016

Territoire	Superficie (km ²)	Effectifs	Densité (hab./km ²)
France Métropolitaine	643801	66350000	103
Provence-Alpes-Côte-D'azur	31400	5020000	160
Alpes-Maritimes	4299	1083000	252
Littoral	350	779000	2226
Moyen-Pays	2306	290000	126
Arrière-Pays	1645	15000	9

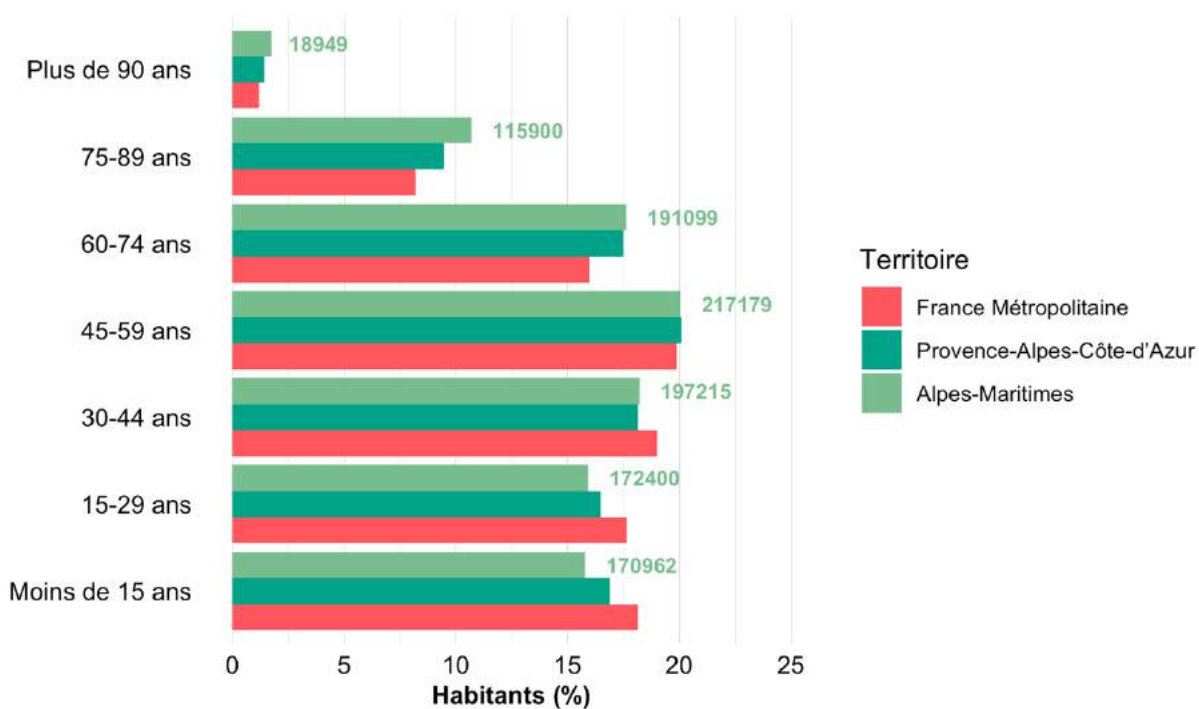
Source : INSEE RP2016

Le département a connu une forte explosion démographique depuis 1968 (densité moyenne de 168 hab./km²), mais qui stagne depuis les années 2000. Le taux de variation annuel quasi nul (+0.1%) depuis 2011 peut indiquer une faible attractivité du département avec toutefois une croissance démographique supérieure dans le Moyen-Pays. A l'horizon 2040, le département devrait atteindre près de 1 200 000 habitants (projections INSEE).

Le taux de natalité est stable depuis les années 70 autour de 11 naissances pour 1000 habitants, et le taux de mortalité a reculé de 2 points (12,7/1000 à 10,4/1000 habitants). Ainsi, il y a 11630 naissances pour 11760 décès, ce qui est faible en comparaison de la France métropolitaine (747000 naissances pour 607000 décès).

La population y est relativement âgée (29,8% âgés de 60 ans et plus, contre 28,1% pour la région) et concentrée sur le littoral (31%) et dans l'arrière-pays (37%). Le département compte le moins d'enfants de 0 à 14 ans dans la région (15,7% contre 16,9%) et un peu moins de jeunes âgés de 15 à 29 ans (16,2% contre 16,6%), avec une forte représentation des jeunes sur le littoral.

Distribution de la population par classe d'âge, en 2016



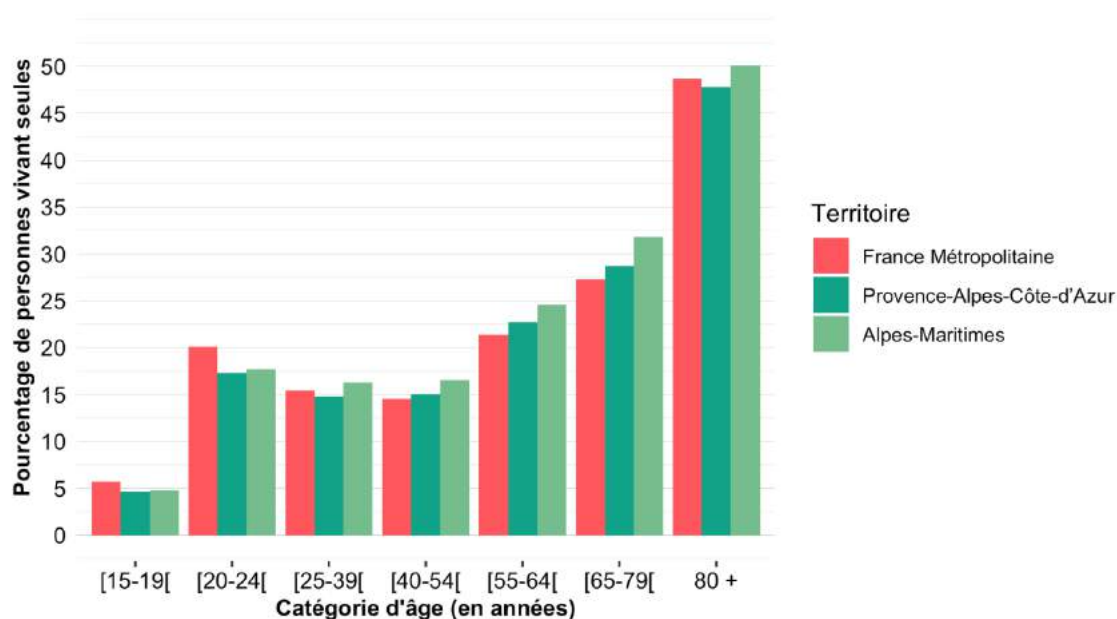
Sources : INSEE, RP2016

La population est majoritairement féminine (Sex Ratio Hommes/Femmes ($SR_{H/F}$) = 1/1,11), nettement plus que la moyenne française ($SR_{H/F}$ = 1/1,07). Là aussi il existe des disparités importantes, avec un littoral très densément peuplé en femmes (SR = 1/1,14) et un arrière-pays majoritairement masculin ($SR_{H/F}$ = 1/0,98).

2.2 Un sérieux risque d'isolement au regard d'une part importante de personnes vivant seules (4 ménages sur 10) et de plus de 30 % des familles monoparentales dans certains territoires

Ce sont 200 000 personnes qui vivent seules dans les Alpes-Maritimes (39,5% contre 36,4% en région), pour la plupart âgées (+ de 65 ans). Les taux du département sont globalement plus élevés que ceux de la population française (sauf chez les moins de 25 ans), particulièrement entre 40 et 80 ans.

Personnes de 15 ans ou + vivant seules par classe d'âge et territoire en 2016



Sources : INSEE, RP2016

On compte 41000 familles monoparentales, majoritairement féminines, soit 28% des familles avec enfants de moins de 25 ans (27,8% en région et 23,7% national), pouvant aller jusqu'à 35,1% à Cannes, 32,2% à Nice, 34,2% à Saint-Martin-Vésubie. Parmi ces familles environ 6/10 vivaient sous le seuil des bas revenus (59,7% contre 64,2% en région).

Le risque d'isolement concerne également les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants. En 2028, on comptera 173000 personnes âgées de 75 ans ou + soit près de 41 000 de plus qu'en 2015 avec plus de 35000 en situation de perte d'autonomie sévère et modérée à leur domicile (projections INSEE). Derrière chacune de ces personnes, il faut compter également un ou plusieurs proches aidants.

2.3 Une population évoluant dans un département contrasté, où certains territoires cumulent les difficultés

Deux tiers des habitants résident sur la bande littorale. Nice à elle-seule (342 522 habitants) concentre près de 32% de la population alors que le Haut-Pays n'accueille que 3% de la population sur un territoire qui couvre 70% du département.

Certains territoires cumulent des difficultés sociales, sanitaires et environnementales : Nice, Grasse, zones frontalières de l'Italie et des Alpes-de-Haute-Provence. Dans ces zones frontalières et plus généralement dans le Haut Pays, le taux d'équipement y compris de proximité (écoles, épiceries, médecins...) est plus faible, et plus d'un logement sur 6 est potentiellement indigne dans certains cantons. En 2013, 17 600 logements étaient estimés indignes dans le département. De plus, les logements sont rarement disponibles, notamment pour les logements sociaux, avec un coût qui a augmenté en moyenne de 101% en 10 ans.

Dans le département, 62 000 habitants résident dans 16 quartiers prioritaires dont 8 à Nice les autres se situant à Carros, Drap, Saint André, Saint Laurent du Var, Vallauris, Vence, Cannes, Grasse et Le Cannet.

2.4 Une population qualifiée, un taux de chômage élevé et une précarité de l'emploi

Le département est le 2ème de la région PACA à compter le plus de diplômés de l'enseignement supérieur (30,3% contre 30,6% dans les Bouches du Rhône). Cependant, le nombre de jeunes de moins de 24 ans peu diplômés (dont le plus haut niveau est le diplôme national du brevet) est supérieur à la moyenne française (20% versus 17,9%), ce qui en fait un territoire contrasté.

Sortants peu ou pas diplômés* en 2016

Territoire	Population de 20-24 ans	Peu diplômés N (%)
France Métropolitaine	2 125000	381000 (17,9)
Provence-Alpes-Côte-D'azur	159000	32600 (20,5)
Alpes-Maritimes	32000	6 400 (20,0)

Sources : INSEE, RP2016

* Dont le plus haut niveau est le diplôme national du brevet

Le département compte davantage de cadres supérieurs, employés, artisans - commerçants - chefs d'entreprise qu'en région et/ou qu'en France. Il compte également plus de retraités (30% versus 26,9% en France).

Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle en 2016

	FRANCE		PACA		ALPES-MARITIMES	
Agriculteurs exploitants	438 924	0,8 %	17 415	0,4 %	1 387	0,2 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 913 937	3,5 %	183 804	4,4 %	45 401	5 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	5 012 965	9,2 %	340 379	8,2 %	83 246	9,1 %
Professions intermédiaires	7 651 828	14,1 %	561 804	13,5 %	120 768	13,2 %
Employés	8 868 110	16,3 %	697 050	16,7 %	159 398	17,5 %
Ouvriers	6 708 270	12,4 %	412 239	9,9 %	80 939	8,9 %
Retraités	14 600 272	26,9 %	1 211 383	29 %	274 153	30 %
Autres personnes sans activité professionnelle	9 048 940	16,7 %	750 059	18 %	147 774	16,2 %

Sources : Insee, RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019.

Dans les Alpes-Maritimes, les actifs représentent 74,5% de la population, au-dessus des taux français et régional. Les chômeurs en 2016 représentaient 10,3% de la population active, ce qui est un taux élevé mais proche du niveau de la France métropolitaine (10,4%). Cependant, les dernières estimations montrent que la courbe du chômage est en forte baisse sur tout le territoire, aux alentours de 8-9 % au dernier trimestre 2019.

Population active, emploi et chômage au sens du recensement* en 2016

	FRANCE	PACA	ALPES-MARITIMES
Ensemble	41 624 266	3 063 487	653 521
Actifs en %	73,8	72,1	74,5
Actifs ayant un emploi en %	63,4	61,2	64,1
Chômeurs en %	10,4	10,8	10,3
Inactifs en %	26,2	27,9	25,5
Élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés en %	10,6	10,2	10,1
Retraités ou préretraités en %	6,9	6,7	6
Autres inactifs en %	8,7	11,1	9,5

Sources : Insee, RP2016, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2019.

* Ne prends pas en compte les chômeurs qui déclarent ne pas rechercher de travail

Parmi les actifs, 13,5% occupent un emploi précaire (CDD, intérim, apprentissages, stages rémunérés et contrats aidés) contre 15,2% en région. Le Haut-Pays compte davantage d'emplois précaires avec l'activité touristique (30,5% à Guillaumes, 38,5% à Saint Etienne de Tinée).

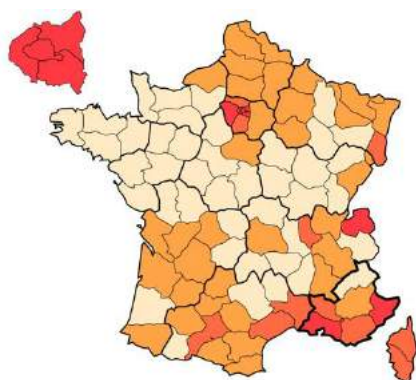
Si la part du RSA dans la demande d'emploi est légèrement inférieure à la moyenne nationale (15% contre 16%), elle a plus que doublé en huit ans, passant de 6300 à 14900 individus. En outre, plus d'un demandeur d'emploi sur deux est indemnisé par l'assurance chômage.

2.5 Des inégalités sociales marquées et un taux de pauvreté élevé

Le taux de pauvreté (revenus disponibles < 1000 euros par mois) de la région PACA est particulièrement élevée (17,3 % soit 2,8 % de plus qu'en France métropolitaine), juste derrière la Corse et les Hauts de France. Les Alpes-Maritimes sont fortement touchées (15,8 %).

Alors que les taux de pauvreté sont faibles dans des communes comme Mouans-Sartoux ou Mougins, à Nice, plus d'une personne sur 5 est concernée (20,2%) et à Cannes (19,5%).

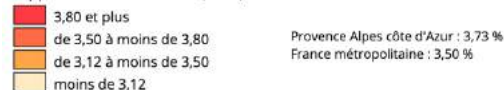
Même si le revenu médian (21 044 €) est supérieur à la moyenne nationale et à la région (20 094 €), les inégalités sociales sont toutefois élevées du fait du haut niveau de revenu des foyers les plus aisés (rapport interdécile des revenus = 3,73 % pour la région PACA et > 3,80 % pour les Alpes Maritimes). Les écarts de revenus sont particulièrement marqués à Nice (9,1) et à Cannes (7,3). Les revenus les plus élevés sont relevés dans le Moyen-Pays et en périphérie des grandes villes.



Une forte disparité des revenus dans les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes

Rapport de revenus entre les 10 % d'habitants les plus pauvres et les 10 % les plus riches pour les départements de France métropolitaine en 2013

Rapport interdécile D9/D1 (en %)



Taux de pauvreté et intensité de la pauvreté en 2013

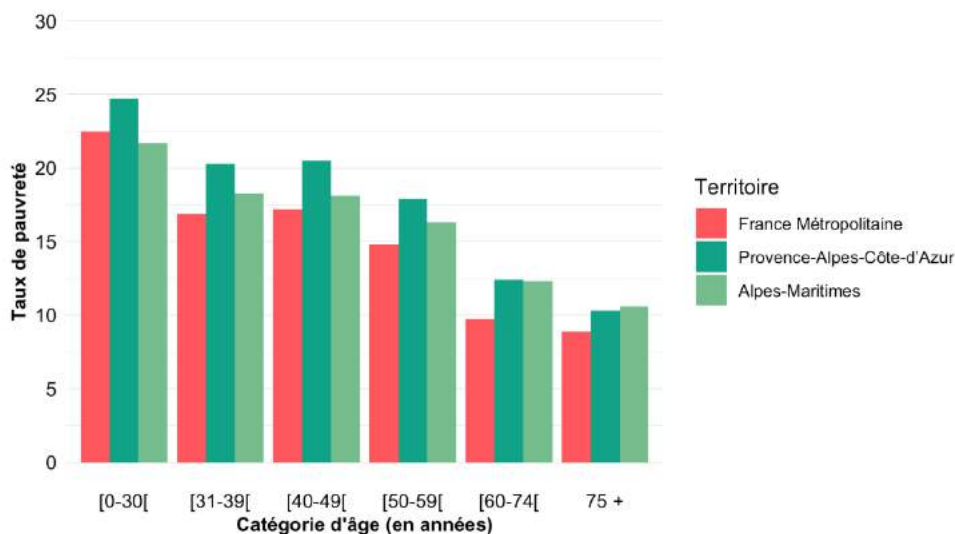
	TAUX DE PAUVRETE (%)	NIVEAU DE VIE MEDIAN DES PERSONNES PAUVRES (EUROS/MOIS)	INTENSITE DE LA PAUVRETE (EN %)¹
France métropolitaine	14.5	797	21.0
PACA	17.3	779	22.9
Alpes-Maritimes	15.8	779	22.8

Source : INSEE (Sources : Insee ; DGFIP ; CNAF ; Cnav ; CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2013)

1 . L'intensité de la pauvreté (ou « poverty gap ») est un indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'Insee mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Formellement, il est calculé de la manière suivante : (seuil de pauvreté - niveau de vie médian de la population pauvre) / seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé et plus la pauvreté est dite intense, au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

Ce sont les jeunes (taux > 20 %) et les familles monoparentales qui sont les plus exposés. Pour les Alpes-Maritimes, les taux sont supérieurs à ceux de la France Métropolitaine pour toutes les catégories d'âge, à l'exception des personnes de moins de 30 ans.

Taux de pauvreté (niveau de vie inférieur à 60 %) par catégorie d'âge, en 2016

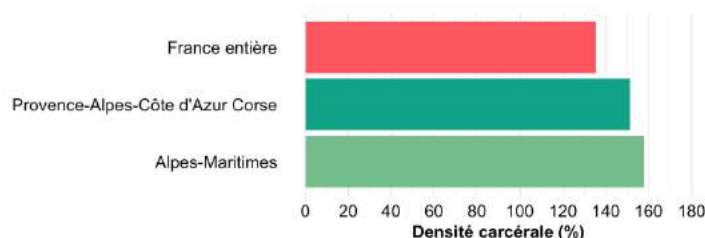


Source : INSEE RP 2016

2.6 Une forte densité carcérale avec des prisons saturées

Plus de 1450 personnes étaient écrouées au 1er Janvier 2016 au sein des maisons d'arrêt du département. La densité carcérale des Alpes-Maritimes est très forte (157,8%), bien plus que la moyenne française (135,5%). La maison d'arrêt de Nice est une des plus peuplées, avec 634 écroués, soit une densité carcérale de 174,7%.

Densité carcérale dans les maisons d'arrêts des régions PACA et Corse, 2016



Source : Direction de l'Administration Pénitentiaire, Statistique mensuelle, 1^{er} Janvier 2016

2.7 Moins de bénéficiaires de la CMU

Comparativement à la France, la région PACA présente un taux nettement plus important de personnes bénéficiant d'une CMU (4,72% contre 3,61%) mais du fait particulièrement du taux des Bouches-du-Rhône (5,89%). Dans les Alpes-Maritimes le taux de bénéficiaires de la CMU de base est moindre (2,65%) et celui de la CMU complémentaire également (6,09% contre 7,81% au niveau national).

Personnes bénéficiant d'une CMU, 2016

	CMU DE BASE		CMU COMPLEMENTAIRE	
	N (%)		N (%)	
France	2 420 965	(3.61)	5 235 089	(7.81)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	171 303	(4.72)	355 689	(9.80)
Alpes-Maritimes	29 037	(2.65)	66 817	(6.09)

Source : Insee, RP2016

3. ETAT DE SANTE MENTALE DE LA POPULATION DES ALPES-MARITIMES

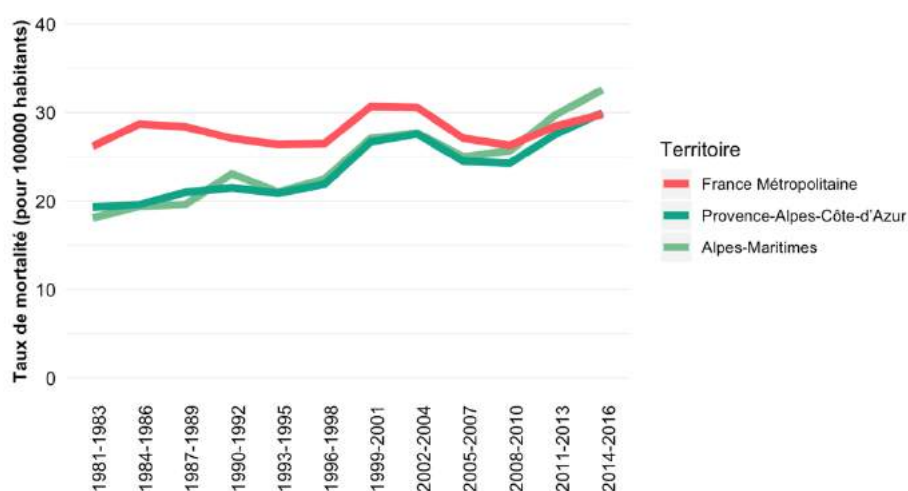
Le cadre d'orientations stratégiques 2018-2028 pour la région PACA fait état de **166 000** personnes traitées pour une **pathologie psychiatrique** identifiée et **447 500** pour un **traitement psychotrope** sans maladie psychiatrique identifiée. **1/3** des patients cumulent **troubles psychiques et addictifs**.

3.1 Un taux de mortalité associé à un trouble mental en constante augmentation dans le département

Le département des Alpes-Maritimes, au cours des années 2014-2016, il a été recensé en moyenne 584 décès par an, soit environ 32 morts pour 100 000 habitants, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale et régionale (30 morts pour 100 000 habitants).

Cependant, il faut noter que ça n'a pas toujours été le cas. Il y a 40 ans, les taux départementaux et régionaux étaient bien inférieurs à la moyenne nationale (19 cas versus 26 pour 100 000 habitants), et il est en constante progression depuis, alors que le taux national n'a que très peu augmenté.

Evolution du taux moyen de mortalité liée à un trouble mental* depuis 1981

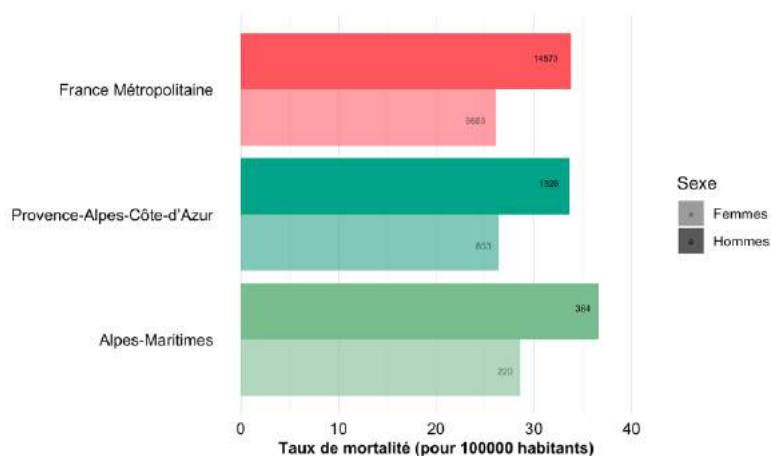


Sources : CépiDC

* Suicides non inclus

Il existe une disparité forte entre les sexes, avec un plus fort taux de mortalité chez les hommes (36 versus 28 cas pour 100 000 habitants. Mais cette différence est retrouvée dans une proportion similaire à celle de la France Métropolitaine.

Mortalité liée à un trouble mental hors suicide, moyenne estimée entre 2014 et 2016



Source : CépiDC, RP 2016

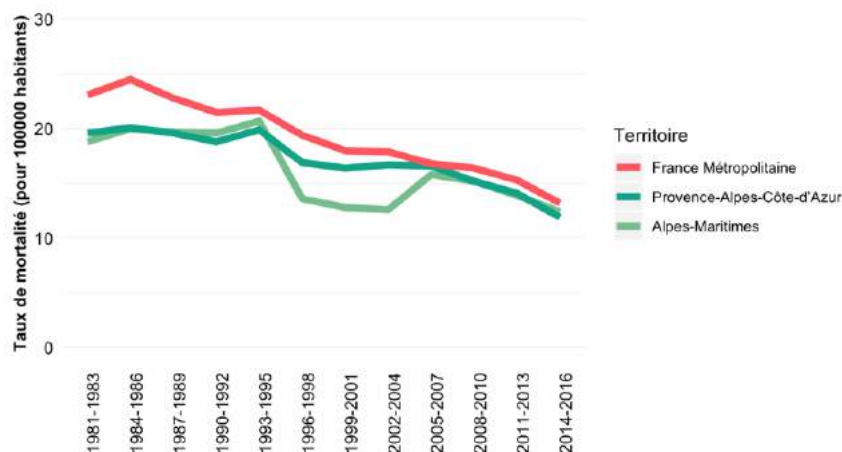
Lecture : les barres représentent le taux de mortalité. Les effectifs sont présentés aux extrémités. Les femmes sont représentées par des couleurs transparentes les 'hommes par des couleurs opaques.

3.2 Un taux de mortalité lié au suicide proche de la moyenne nationale, mais plus important chez les femmes

Les chiffres du CépiDC distinguent les décès associés à un trouble mental, les décès associés à un suicide et ceux-ci sont comptabilisés séparément.

Comme précédemment, le taux de mortalité associé au suicide du département est très proche des taux régional et national (environ 13 cas pour 100 000 habitants). Cependant, l'évolution sur les 40 dernières années ne diffère pas beaucoup de l'évolution aux niveaux national et régional, et ces 3 courbes sont en constantes diminution depuis 40 ans. Ainsi, le taux de mortalité associé au suicide du département des Alpes-Maritimes a diminué de 7 cas pour 100 000 habitants par an.

Evolution du taux moyen de mortalité liée à un suicide, depuis 1981

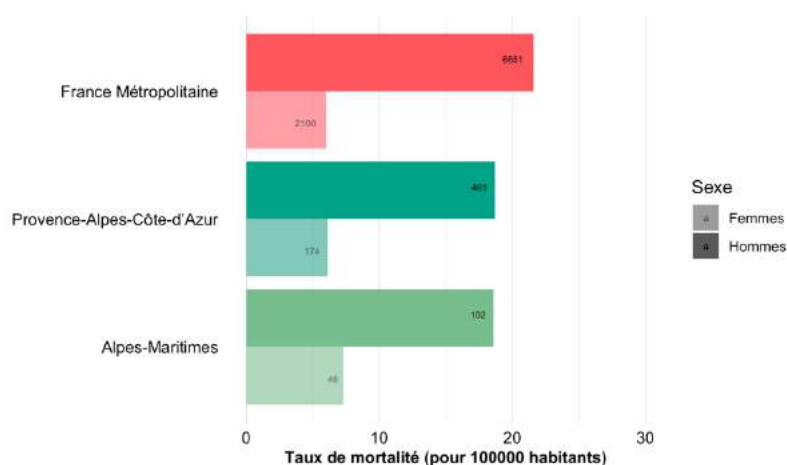


Source : CépiDC, RP 2016

La **mortalité par suicide chez les hommes** dans le département des Alpes-Maritimes est de **19,9 morts pour 100 000 habitants** (102 cas en moyenne par an). C'est une proportion similaire à celles de la région et du département.

A contrario, la **mortalité par suicide chez les femmes** dans le département des Alpes-Maritimes est de **8,4 morts pour 100 000 habitants (48 cas en moyenne par an)**, ce qui est nettement supérieur à la moyenne en France Métropolitaine (6,5 morts pour 100 000 habitants).

Mortalité imputable à un suicide, moyenne estimée entre 2014 et 2016

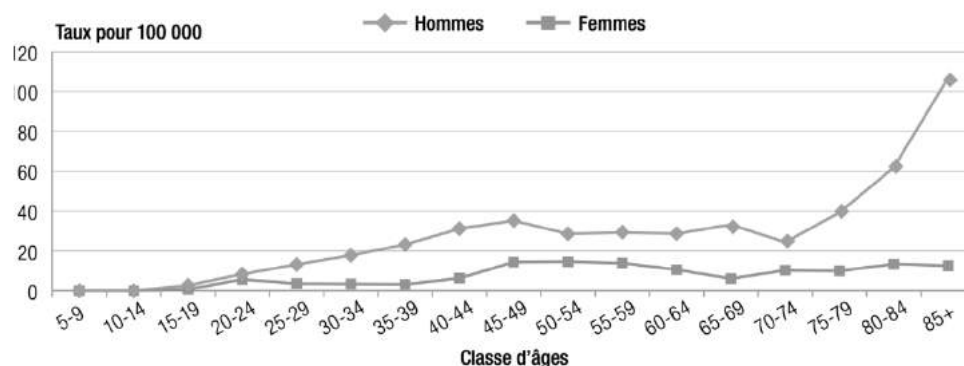


Source : CépiDC, RP2016

Lecture : Les barres représentent le taux de mortalité. Les effectifs sont présentés aux extrémités. Les femmes sont représentées par des couleurs transparentes, les hommes par des couleurs opaques.

Les données issues de l'Observatoire National du Suicide font état d'un taux de mortalité nettement plus élevé chez les hommes âgés. La disparité entre les sexes apparaît aux alentours de l'âge adulte et se creuse au-delà de 75 ans. Cette tendance de la région PACA est tout à fait similaire à l'échelle nationale

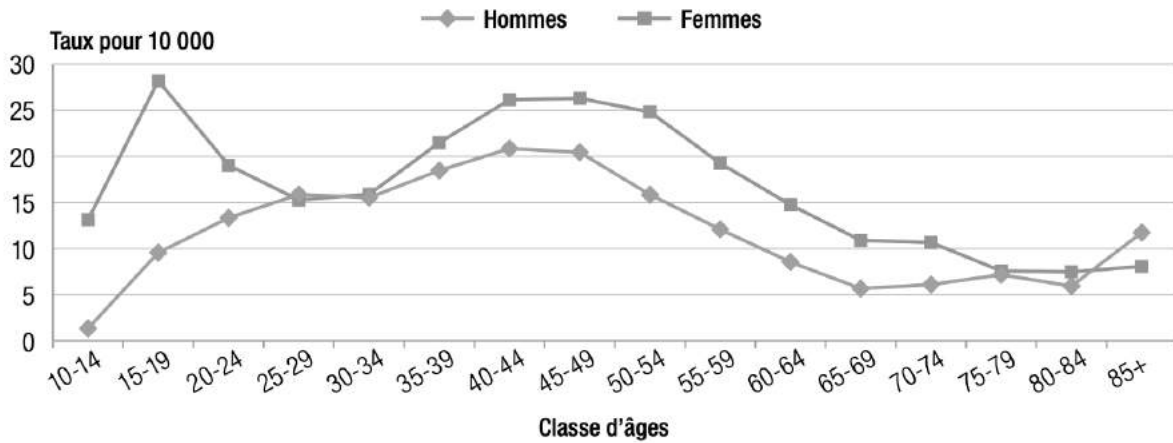
Répartition du nombre de décès par suicide chez les personnes résident en PACA selon le sexe et la classe d'âge, en 2012



Source : CépiDC, Analyses InVS, 2012 sur un travail de l'Observatoire National du Suicide

Cependant, les tentatives de suicides concernent davantage les femmes avec un premier pic à l'adolescence (taux d'hospitalisation de 28 pour 10000 habitants), puis à 30 ans avec un taux supérieur aux hommes de 5 pour 10000 habitants environ jusqu'à 80 ans.

Répartition du nombre d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide chez les personnes résidant en PACA selon le sexe et la classe d'âge



Source : ATIH, analyses inVS 2012

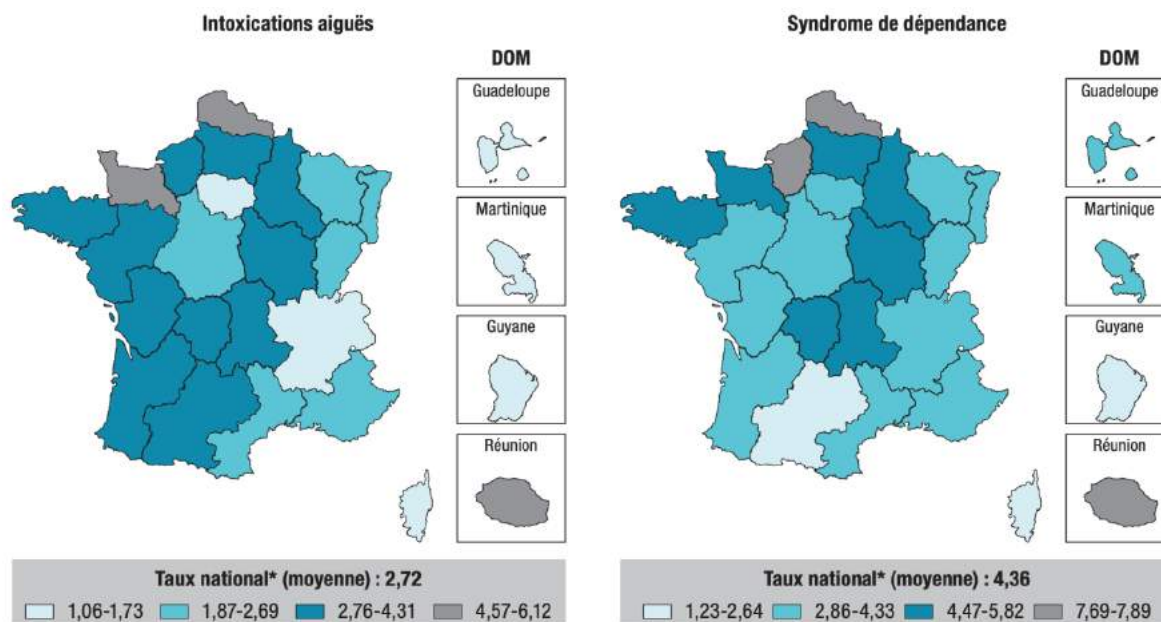
3.3 Données relatives aux substances addictives

L'impact de l'alcool sur la santé mentale d'une population, bien qu'il soit connu et identifié depuis longtemps, reste difficile à quantifier. Selon les chiffres de l'INSERM et de Santé Publique France, environ **72 000 personnes** sont des consommateurs quotidiens, et **20 000 personnes seraient dépendantes à l'alcool** dans les Alpes-Maritimes. Il existe une forte disparité sexuelle, la mortalité chez l'homme associée à la consommation d'alcool étant 3 fois plus élevée.

En 2017, dans les Alpes-Maritimes, sur **721 000** personnes âgées de 18 et 75 ans



Répartition régionale des troubles liés à l'alcool en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : intoxication aiguë vs syndrome de dépendance, France 2011



* Nombre de séjours / Population générale Insee 2009 X 1 000.

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée en France. Les données nationales, rapportées à la population des Alpes-Maritimes, suggèrent que **22 000 personnes** seraient consommatrices quotidiennes dans le département.

En deuxième position, on retrouve la cocaïne, avec environ **7 000 personnes usagers**. Enfin, **6 500 personnes** seraient consommatrices **d'ecstasy**.

Les groupes sociaux sont difficiles à identifier, et **touche toutes les catégories de la population**, avec des modes de consommation très variés. Il est difficile également de connaître la proportion de poly consommateurs.

Au final, on estime que 5 % de la population présenterait une conduite addictive (en lien avec l'alcool, le tabac, les substances illicites, ainsi que les jeux, au sport, au travail, etc.). Ceci représenterait **55 000 personnes** dans les Alpes-Maritimes.

3.4 Données relatives à la schizophrénie

Selon l'INSERM, les estimations portent à 600 000 personnes présentant un diagnostic de schizophrénie en France. Dans le département, ce serait ainsi plus de 97 00 personnes atteintes par ce trouble psychiatrique. Or, le nombre d'ALD23 rattachées au diagnostic de schizophrénie (ou trouble psychotique) dans les Alpes-Maritimes est d'environ 6 200 personnes

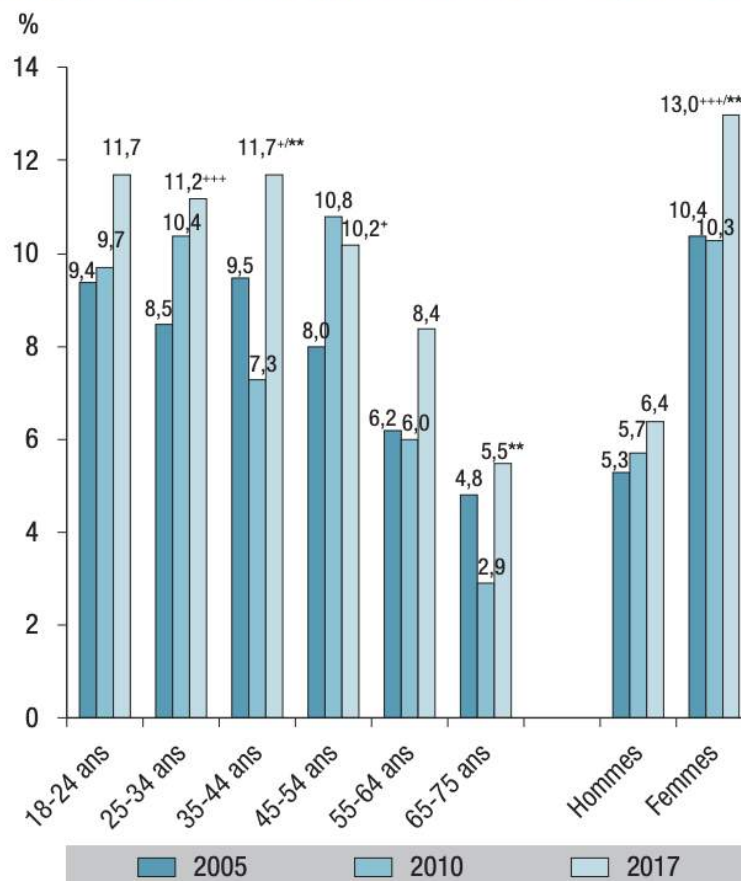
3.5 Données relatives aux troubles bipolaires

Les données nationales issues de la HAS, et projetées sur le département portent environ **24 000** personnes atteintes par un **trouble bipolaire** dans les Alpes-Maritimes. Le nombre d'ALD23 relatif à ce diagnostic dans le département est lui très inférieur (3 300).

3.6 Données relatives aux Episodes Dépressifs Caractérisés

Les troubles liés à la Santé Mentale sont majoritairement imputables aux **Épisodes Dépressifs Caractérisés**. On estime **qu'un dixième** de la population est concernée, et **qu'une personne sur 5** en souffrira au cours de sa vie. Dans le département des Alpes-Maritimes, ceci représente plus de **100 000** personnes. La prévalence **diminue avec l'âge**. Elle est la plus forte chez les **femmes** et les **chômeurs**. Depuis **10 ans**, elle est en **augmentation** dans toutes les catégories. Ces patients ont un **risque de suicide de 5 à 20 %** supérieur à la population générale.

Évolution de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge, chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2005-2017



° p<0,05 ; °° p<0,01 ; °°° p<0,001 : évolutions 2005-2010.

+ p<0,05 ; ++ p<0,01 ; +++ p<0,001 : évolutions 2005-2017.

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 : évolutions 2010-2017.

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France.

3.7 Données relatives aux troubles anxieux

Dans les Alpes-Maritimes, on estime que **100 000** personnes présentent un trouble anxieux au cours de l'année. Parmi ceux-ci :

- **22 700** personnes souffriraient de **trouble anxieux généralisé** ;
- **51 000** personnes auraient des **phobies spécifiques** ;
- **18 000** personnes une **phobies sociales** ;
- **13 000** personnes présenteraient des **troubles paniques**, et **6 500** une **agoraphobie** associée.

Environ **20 %** des personnes présenteraient **des troubles anxieux au cours de leur vie**. Et les symptômes anxieux sont très fréquents dans l'ensemble des troubles psychiatriques.

Les **femmes** sont environ **2 fois** plus atteintes par ses troubles que les hommes.

3.8 Données relatives aux troubles du comportement alimentaire

L'anorexie mentale toucherait **1,5 % des femmes**, entre 15 et 35 ans. Ceci représenterait dans les Alpes-Maritimes plus de **3 700** personnes. Ce sont presque exclusivement les femmes qui sont atteintes par ce trouble.

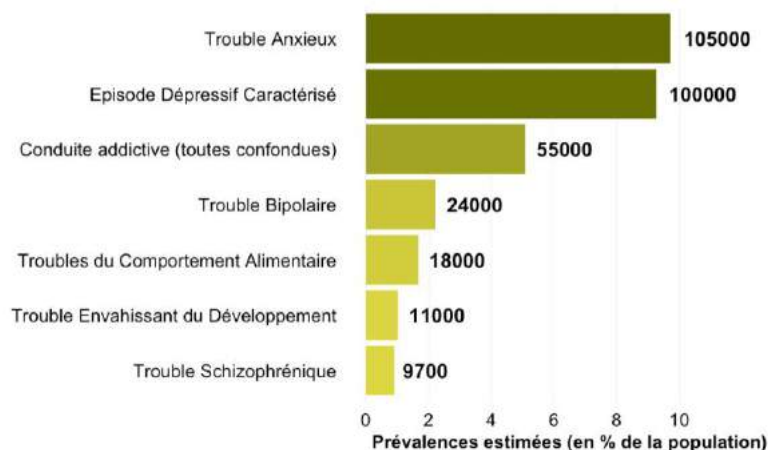
La prévalence de **la boulimie**, elle aussi quasi-exclusivement féminine, est plus importante, avec environ **6 500** personnes atteintes dans le département.

Enfin, la compulsions alimentaire sévère (au moins 2 crises par semaine), plus fréquente, atteindrait environ **8 000** personnes dans les Alpes-Maritimes. Ce trouble est légèrement plus fréquent chez les hommes, particulièrement les personnes obèses, suivant un régime alimentaire.

Au total, ce sont donc plus de **18 000** personnes qui auraient des troubles du comportement alimentaire dans les Alpes-Maritimes.

3.9 Synthèse état de santé mentale de la population

Au final, on estime que la prévalence des personnes atteintes par **au moins un trouble de la santé mentale** se situe aux alentours de **20-25 %** de la population, soit approximativement **250 000** personnes dans le département des Alpes-Maritimes.



L'enquête sur la santé mentale en population générale réalisée en 2009 révèle que ces populations sont **plus fréquemment à risque de présenter des comorbidités**, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques.

		...une...		...au moins un(e)...						
		Co-morbidité (hors risque suicidaire et insomnie)	Co-morbidité (y.c. risque suicidaire et insomnie)	trouble de l'humeur	trouble anxieux	problème alcool	problème de drogue	syndrome d'allure psychotique	risque suicidaire	insomnie actuelle
Proportion de personnes repérées comme ayant en plus d'un(e)...	<i>trouble de l'humeur</i>	62%	78%	X	54%	12%	9%	13%	43%	29%
	<i>trouble anxieux</i>	44%	60%	34%	X	11%	8%	9%	31%	23%
	<i>problème alcool</i>	58%	66%	30%	42%	X	25%	14%	33%	20%
	<i>problème de drogue</i>	63%	71%	31%	42%	36%	X	16%	30%	16%
	<i>syndrome d'allure psychotique</i>	61%	70%	43%	51%	20%	16%	X	34%	20%
	<i>risque suicidaire</i>	65%	68%	40%	46%	13%	8%	12%	X	20%
	<i>insomnie actuelle</i>	64%	68%	38%	48%	11%	6%	8%	28%	X
Avoir une co-morbidité		11%	18%	de la population de 18 ans et plus						

Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

Tableau 3 : Co-morbidité ou association des troubles repérés

L'enquête précise que les personnes les plus à risque de présenter un trouble mental sont les personnes à **faibles revenus**, les **sans emploi**, ainsi que les **célibataires**. Ceci s'explique volontiers par le fait que les personnes présentant un trouble mental ont plus de difficultés à s'insérer dans la société.

Comme nous l'avons vu précédemment, les **femmes** sont plus à risque que les hommes. Enfin, la prévalence des troubles mentaux **diminue avec l'âge**, ce qui n'est certainement pas sans lien avec le fait que l'espérance de vie des personnes en souffrance psychique soit nettement inférieure à celle de la population générale.

Caractéristiques socio-démographiques		Odds ratio*	Intervalle de confiance à 95 %
Sexe	Femme	1,17	[1.16 , 1.17]
	Homme (référence)	1,00	
Age	Moins de 30 ans	1,31	[1.30 , 1.32]
	De 30 à 39 ans	1,26	[1.25 , 1.26]
	De 40 à 49 ans (référence)	1,00	
	De 50 à 59 ans	0,81	[0.81 , 0.82]
	60 ans et plus	0,56	[0.56 , 0.57]
Professions et catégories socio-professionnelles	Agriculteur	1,13	[1.10 , 1.16]
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1,02	[1.01 , 1.04]
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	0,96	[0.95 , 0.97]
	Profession intermédiaire	0,78	[0.77 , 0.79]
	Employé (référence)	1,00	
	Ouvrier	0,90	[0.89 , 0.91]
	Chômeur	1,22	[1.21 , 1.23]
	Retraité	1,07	[1.06 , 1.08]
	Etudiant	0,90	[0.89 , 0.91]
	Autres personnes sans activité professionnelle	1,37	[1.36 , 1.39]
Niveau d'études	Non scolarisé ou Ecole primaire	1,13	[1.12 , 1.14]
	Cycle secondaire non terminé	1,19	[1.18 , 1.20]
	Cycle secondaire terminé (référence)	1,00	
	Etudes supérieures	0,72	[0.71 , 0.72]
Revenus familiaux mensuels	Moins de 840 euros	1,13	[1.12 , 1.14]
	De 840 à 1 300 euros	1,15	[1.14 , 1.16]
	De 1 300 à 2 520 euros (référence)	1,00	
	Plus de 2 520	0,86	[0.85 , 0.87]
Situation matrimoniale	Célibataire	1,49	[1.48 , 1.50]
	Marié(e) (référence)	1,00	
	Séparé	1,76	[1.75 , 1.77]
	Veuf, veuve	1,32	[1.30 , 1.33]

Source : Enquête SMPG - Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca - Asep - CCOMS - EPSM Lille Métropole.

* ou risque relatif : la méthode d'analyse par régression logistique permet de mettre en évidence le lien entre les prévalences des troubles de santé mentale et les caractéristiques socio-démographiques des personnes. Elle évalue, toutes choses égales par ailleurs, le risque relatif ou odds ratios (d'avoir un trouble) d'une caractéristique par rapport à une situation choisie comme référence. Ainsi, si l'odds ratio est supérieur à 1, le risque de la caractéristique est plus élevé que pour la situation de référence ; s'il est inférieur, le risque est plus faible. L'odds ratio permet aussi de mesurer le niveau de ce risque. Un odds ratio de 1.5 indique que le risque est 1.5 fois plus élevé que pour la situation de référence.

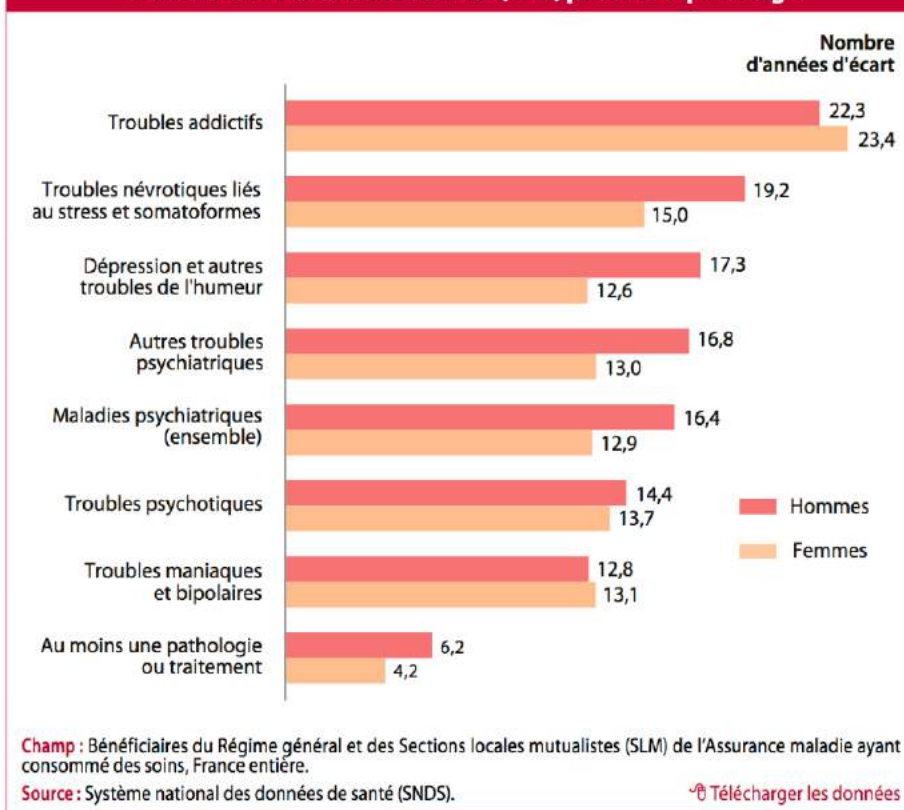
Ici on voit donc que, toutes choses égales par ailleurs c'est-à-dire à âge, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'études, revenu et situation familiale constants, les femmes ont plus de risques que les hommes d'avoir un problème de santé mentale. Et ce risque est 1.2 fois (ou 20 %) plus élevé.

Toutes les modalités des variables introduites sont significativement liées au fait d'avoir ou non un problème de santé mentale. Le même tableau a aussi été réalisé pour chacun des troubles pris individuellement mais aussi en distinguant les hommes des femmes.

Tableau 2 : Risque relatif d'avoir au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et insomnie) selon les caractéristiques socio-démographiques en PACA

G1

Écart d'espérance de vie à 15 ans entre les individus suivis pour un trouble psychique et les bénéficiaires du Régime général et des Sections locales mutualistes (SLM) par sexe et pathologie



Pour finir, le taux de recours au **Soins Sans Consentement** est plus important dans le département (**154,6 cas pour 100 000 habitants** en 2015) que dans le reste de la France (132,9 cas pour 100000 habitants en 2015).

A contrario, les soins pour péril imminent sont bien moins nombreux.

Taux de recours (usage dans l'année d'une personne) pour 1000 habitants, en 2017

Taux recours aux soins sans consentement (hors UMD)

	Alpes-Maritimes (Département) *	Provence-Alpes-Côte d'Azur (Région) *	France *
soins sans consentement (tous modes légaux confondus)	154,6	140,6	132,9
soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	28,8	28	23,1
soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)	121,2	90,6	87,2
soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)	9	31,1	28,5

source : RIM-P - 2015

*pour 100 000 habitants

4. LES RESSOURCES MOBILISABLES POUR LA SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION DES ALPES-MARITIMES

4.1 Des ressources plus ou moins mobilisables pour les soins thérapeutiques (urgences, hospitalisation, consultation, soins somatiques) ?

Ce chapitre porte sur les soins dispensés aux personnes en souffrance psychique, présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique. Il s'agit des soins qui englobent le diagnostic, le traitement et l'accompagnement au rétablissement de la santé mentale mais aussi les soins somatiques aux personnes les plus sévèrement touchées psychiquement. Certains troubles psychiques nécessitent des prises en charge spécifiques pour les soins somatiques. Les professionnels de santé peuvent ne pas toujours être en capacité de réaliser ces soins y compris ceux spécialisés dans le champ psychiatrique.

Sur le département, sont ainsi mobilisables des ressources publiques, privées ou libérales. Un large panel de professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires est concerné et plus spécifiquement ceux exerçant dans le champ de :

- La psychiatrie hospitalière publique ou privée
- La médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers) ainsi que les psychologues.

4.1.1 Une offre médicale et paramédicale libérale bien pourvue au regard particulièrement du niveau national, mais vieillissante et inégalement répartie au détriment du Haut Pays

Globalement, **l'offre de soins libérale est supérieure aux densités régionales** : +7,96% pour les médecins généralistes, +24,81% pour les spécialistes, exceptés pour les infirmiers -9,04%. Elle est nettement **supérieure aux densités nationales** : +34,07% pour les médecins généralistes, +90,8% pour les spécialistes, +66,85% pour les infirmières.

En 2018, 1 321 médecins généralistes libéraux étaient en exercice avec une densité de 122/100 000 contre 113 en région et 91 en France métropolitaine.

Les spécialistes libéraux (n=1791) avec **200 psychiatres** sont bien présents dans le département. Leur densité est nettement supérieure à la région et à la France (166 contre 133 en région et 87 en France) y compris celle des psychiatres (18,5 contre 14 en région et 9,4 en France).

Toutefois ces professionnels sont **inégalement répartis** sur les 163 communes du département, le littoral et le Moyen-Pays étant mieux dotés. Une commune sur 3 se situe à plus de 10 min de route du médecin généraliste et à 1 heure du service d'urgence le plus proche.

Par ailleurs, la plupart des médecins libéraux sont **âgés de 55 ans et +** pour 59% des médecins généralistes (57,6% en région) et 53,6% des médecins spécialistes (54,1% en région).

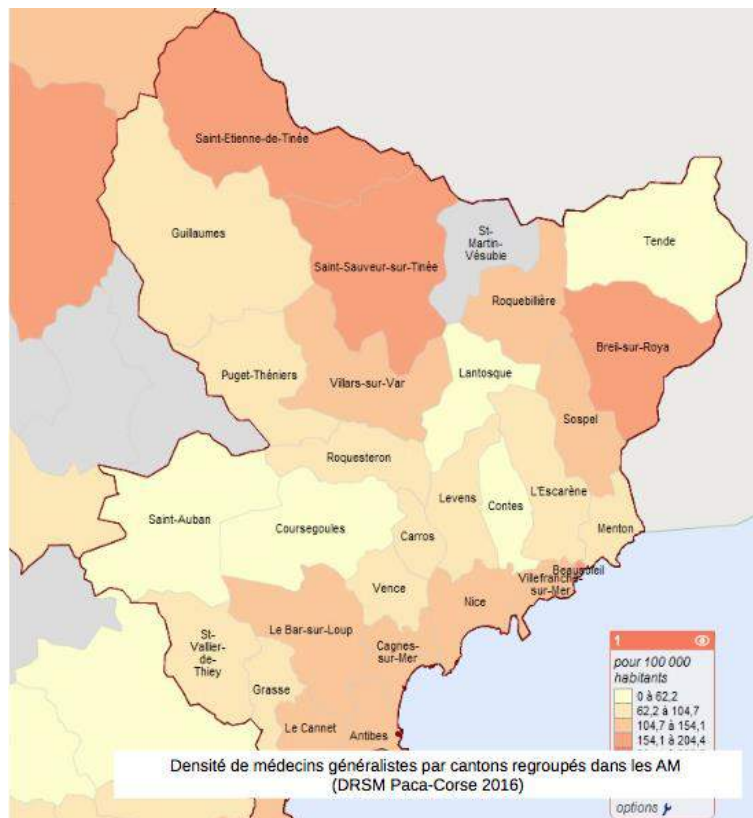
Professionnels de santé (libéraux ou mixtes)

En exercice au 01.01.2018 : nombre et densité pour 100 000 habitants

	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Médecins généralistes - Nombre	5 724	1 321	59 004
Densité	113	122	91
Dont 55 ans et plus	3 299	779	31 364
Médecins spécialistes - Nombre	6 723	1 791	56 766
Densité	133	166	87
Dont 55 ans et plus	3 636	959	30 532
Psychiatres - Nombre (<i>Source Ameli 2017</i>)	725	200	6117
Densité	14	18.5	9.4
Infirmiers - Nombre	16 829	3 259	117 449
Densité	332	302	181
Dont infirmiers psychiatriques	nr	nr	nr
Orthophonistes - Nombre	2 086	458	20 084
Densité	41	42	31
Psychologues - Nombre	nr	nr	nr
Densité	nr	nr	nr

Source : DREES, ADELI - exploitation Fnors ; ASIP santé, exploitation Fnors ; INSEE, estimations de population

Carte – Densité des Médecins généralistes par canton en 2016



4.1.2 Mais des structures d'exercice coordonné en développement pour garantir l'accessibilité aux soins sur les territoires fragiles

Depuis 2018, le nouveau zonage a permis d'identifier et couvrir les territoires fragiles. Au total, 30% de la population est couverte contre 3% dans l'ancien zonage datant de 2010. Ce sont désormais 120 communes sur les 163 du département qui bénéficient d'aides financières, parmi lesquelles l'accès au fonds de compensation de la TVA et des incitations à l'installation de médecins généralistes.

Ainsi des structures d'exercice coordonné sont ouvertes ou sont en projet pour garantir l'accessibilité aux soins :

- **9 maisons de santé pluri professionnelles (MSP)** labellisées en fonctionnement et **2 en projet**. Elles proposent une offre de soins coordonnée, des actions de prévention et des plages de consultations sans rendez-vous.
- **2 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** et **7 en pré-projet** à l'initiative des professionnels qui assurent des soins de premier et de second recours et disposent d'acteurs médico-sociaux et sociaux.
- **35 centres de santé** dont **8 polyvalents** dispensant des soins de premier recours (consultation de médecine, actes de radiologie, soins dentaires, spécialistes, paramédicaux, ...) pour une prise en charge coordonnée dans des zones de désertification médicale.

Structures d'exercice coordonnée Mars 2020

Maisons de santé pluri professionnelles (MSP)

9	En fonctionnement et Labellisées	La Vallée de la Roya Sospel Valdeblore La Trinité Nice Azur Nord Las Planas Nice les Moulins Les Collines Roquestéron Saint Vallier de Thiey
2	Pas ouvertes en mode MSP mais projet de santé labellisé	Gattières Saint Etienne de Tinée
1	Fonctionnant en MSR Sans projet de santé labellisé	Roquebillière
1	Avec projet de santé soumis ARS	Nice République Centre Est

Centres de santé (CDS)

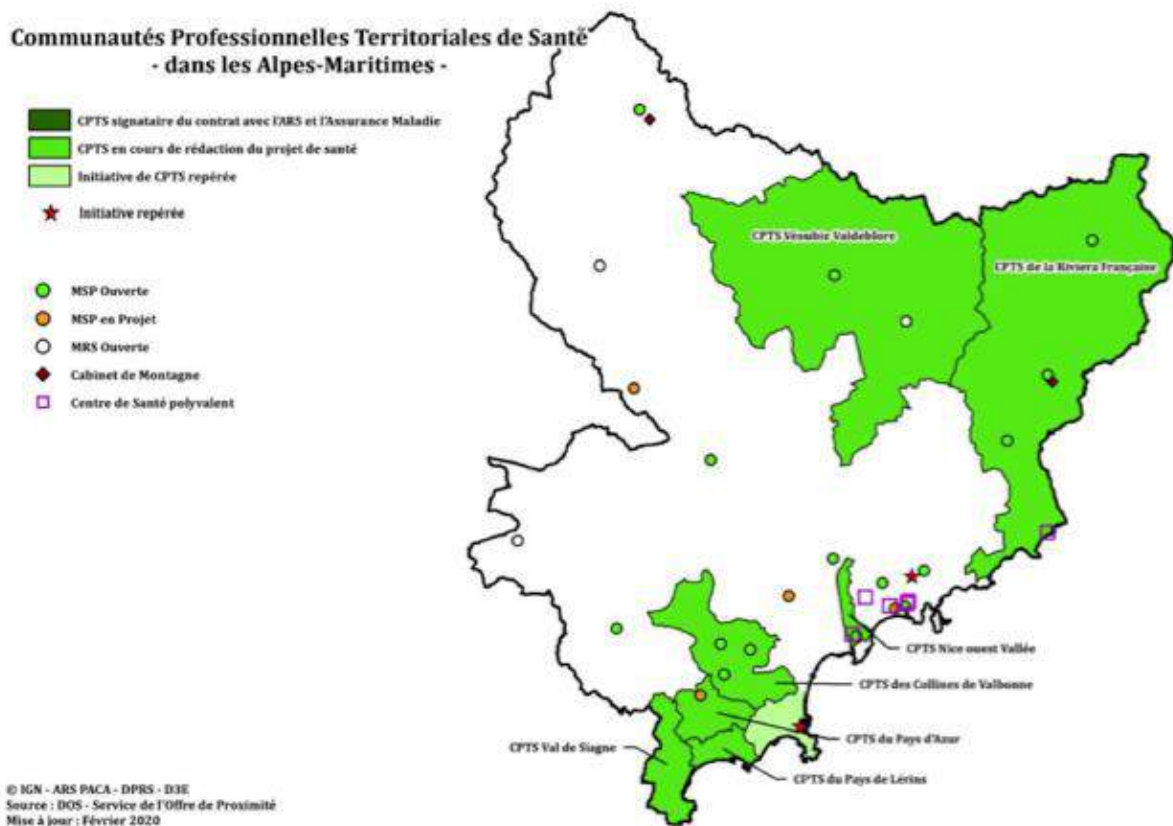
3	1 projet à Carros	
8	dont médicaux ou polyvalents	Tous sur Nice MGEN UMF Centre régional de biologie et de médecine du sport PEP 06 Service universitaire de médecine préventive Centre Dentylis Dubouchage Trachel Vauban

Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

1	Avec projet de santé en finalisation	Nice Ouest Vallée
1		Antipolis (Antibes, Golfe Juan, Vallauris)
7	Pré-projets	

Source : ARS, mars 2020

Carte – Etat des lieux des projets de CPTS des Alpes-Maritimes 6 Février 2020



4.1.3 Une offre hospitalière publique en évolution, des équipements en psychiatrie moindres particulièrement pour les enfants et adolescents

4.1.3.1 Une offre hospitalière publique qui se réorganise dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) autour du CHU de Nice

Obligatoire depuis juillet 2016, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) est un dispositif conventionnel entre les établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Le principe est de mutualiser les équipes médicales et répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement.

En région Paca, il existe 6 GHT. Dans les Alpes-Maritimes, le GHT rassemble :

- Le Centre Hospitalier Universitaire de Nice (établissement support)
- Les 4 Centres Hospitaliers à Antibes, Cannes, Grasse et Menton
- Les 7 Centres Hospitaliers de proximité : Breil-sur-Roya, Entrevaux, Puget-Théniers, les hôpitaux de La Vesubie, Saint-Maur de Saint-Étienne-de-Tinée, Sospel, Saint-Lazare de Tende
- Et 1 Pôle Santé à Vallauris-Golfe Juan.

Pour structurer les différentes filières de soins dont la psychiatrie, le CHU de Nice collabore avec des partenaires privés :

- Le Centre Hospitalier Spécialisé Sainte-Marie,
- L'ESPIC Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval
- Et l'Institut Claude Pompidou (ICP).

Le schéma ci-dessous reprend, au 1^{er} janvier 2019, des indicateurs d'activités du GHT. On y dénombre pour la psychiatrie, 117 172 journées pour un total de 241 lits et 74 places avec un taux d'occupation de 1,33.

FICHE D'IDENTITE

Mise à jour : 29/01/2019

Groupement Hospitalier de Territoire : **Alpes-Maritimes** GHT-06

ACTIVITES

Source : Autorisations ARHGOS

- 5 Sites d'urgences
- 1 Sites d'urgences pédiatriques (*)
- (*) dans le cadre du partenariat des hopitaux pédiatriques CHU-lenval
- 5 Sites de réanimation
- 1 Sites de réa. pédiatrique (*)
- (*) dans le cadre du partenariat des hopitaux pédiatriques CHU-lenval
- 4 Maternités

POPULATION 2015 du territoire

Source : Recensement INSEE



CAPACITE

Source : SAE 2017

	MCO	SSR	PSY
Lits	2 270	513	241
	59,3%	21,7%	25,5%
Places	295	5	74
	40,7%	2,6%	100,0%
Taux d'occupation	0,85	1,04	1,33

(*) Part du GHT dans le territoire

VOLUMES D'ACTIVITES

Source : PMSI - année 2017

		(*)	(**)
MCO	234 964 Séjours	38%	
SSR	195 551 Journées	22%	
PSY	117 172 Journées	29%	
Accouchements	7 507	61%	
Passages aux urgences	316 728	76%	

(*) Part du GHT dans le territoire
(**) dont l'activité dans le cadre du partenariat des hopitaux pédiatriques CHU-lenval

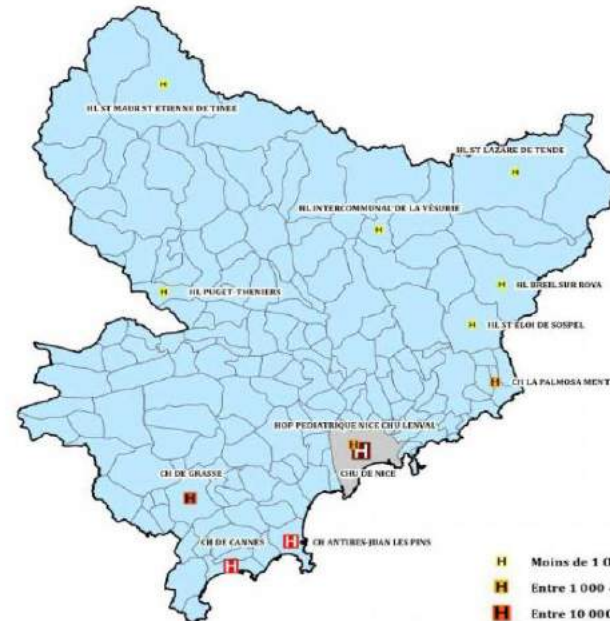
ECONOMIE - en millions d'euros

Source : DIAMANT

Résultat (*)	-14,0 M€	Produit (*) global :	1 072,9 M€
	525,9		145,4 M€
Produit versé par l'assurance Maladie			
T2A	77,1	Autres (**)	

(*) CF 2017 Budget H

(**) Forfait annuels, MIGAC, FIR



Autres acteurs hospitaliers du territoire

Source : PMSI - année 2017

MCO	Nb d'Établissements privé à but lucratif	12
	Nb d'Établissements privé à but non lucratif	4
SSR	Nb d'Établissements privé à but lucratif	17
	Nb d'Établissements privé à but non lucratif	6
PSY	Nb d'Établissements privé à but lucratif	5
	Nb d'Établissements privé à but non lucratif	2
HAD	Nb d'Établissements	2
CLCC	Nb d'Établissements	1



4.1.3.2 Des équipements (lits et places) en psychiatrie moindre comparativement à la région et à la France surtout concernant les enfants et les adolescents

Comparativement à la région, le département est **moins bien doté** en termes d'équipements de psychiatrie générale (1,4 lits et places pour 1 000 habitants de + de 16 ans contre 1,6) et de psychiatrie infanto-juvénile (0,7 lits et places pour 1 000 habitants de 0 à 16 ans contre 0,8). Il l'est également comparativement à la France métropolitaine surtout en psychiatrie infanto-juvénile (0,7 contre 0,9).

Taux d'équipement (lits et places) en psychiatrie générale et psychiatrie infanto juvénile

	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de + de 16 ans			
Lits d'hospitalisation complète	1,2	1	1
Equipement global (lits et places)	1,6	1,4	1,5
Psychiatrie infanto juvénile pour 1 000 habitants de - de 16 ans			
Lits d'hospitalisation complète	0,20	0,20	0,20
Equipement global (lits et places)	0,80	0,70	0,90

Source : SAE INSEE, RP 2015

En 2017, le département disposait de **1 220 lits et places en psychiatrie générale** répartis dans les 10 établissements de santé des 5 secteurs (CH Antibes, CH Cannes, CH Grasse, CHRU Nice, CHS Ste Marie) :

- 4 publics : CH Antibes, CH Cannes, CH Grasse et CHRU Nice
- et 6 privés : CHS Ste Marie, Cliniques La Costière, St François, St Luc (Nice), Clinique La Grangéa (Mougins), Clinique Val d'Estreilles (Pégomas).

Le nombre de places publiques ont diminué depuis 2017 et serait passé de 89 à 74 (*).

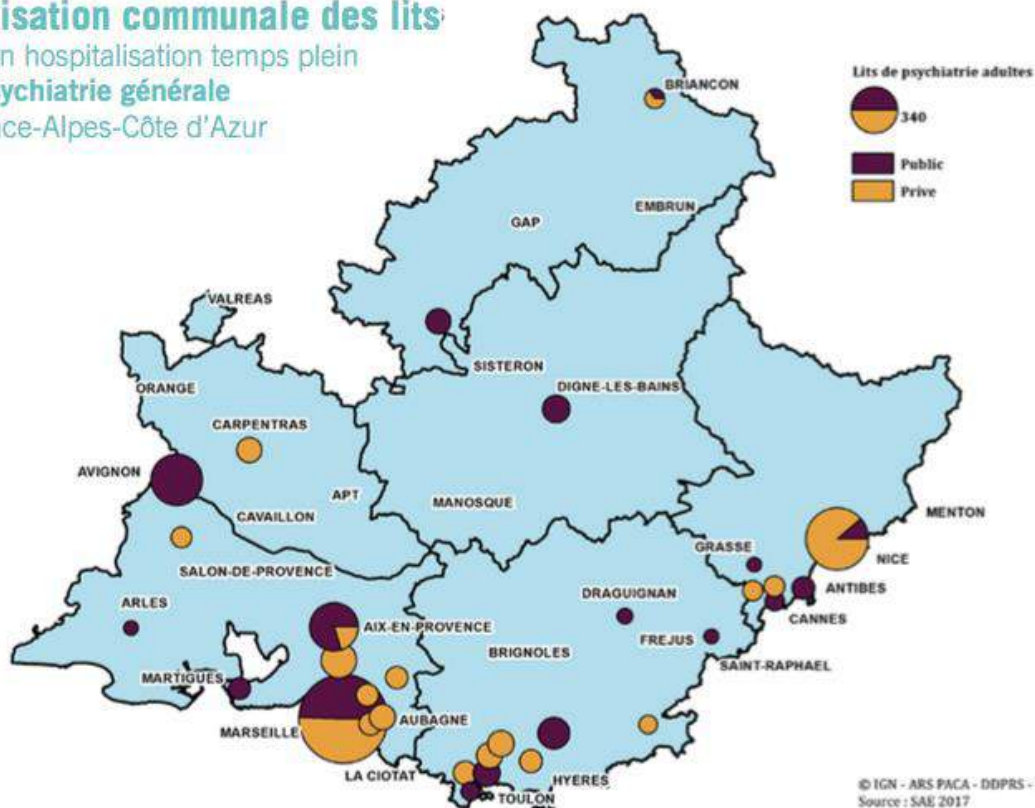
Capacité en nombre de lits ou places publics et privés en psychiatrie générale installés au 31.12.2017

	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Hospitalisation complète (lits)	4 877	914	52 361
Public	2 312	241	32 194
Privé	2 565	673	20 167
Hospitalisation partielle (places)	1 553	278	19 262
Public	1 231	89 *	14 031
Privé	322	189	5 231
Placement familial thérapeutique (places)	123	28	2 452

Source : SAE INSEE, RP 2015

Localisation communale des lits

installés en hospitalisation temps plein pour la **psychiatrie générale** en Provence-Alpes-Côte d'Azur



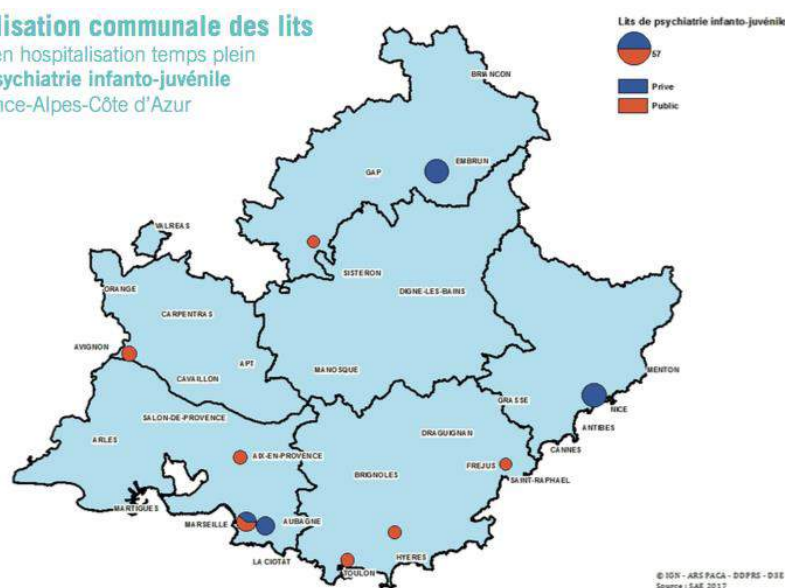
Le département dispose de **135 lits et places en psychiatrie infanto-juvénile** répartis dans les 3 centres hospitaliers des secteurs psychiatriques : CH Antibes, CH Cannes (établissements publics) et l'ESPIC Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval (établissement privé).

Capacité en lits ou places publics et privés installée en psychiatrie infanto juvénile au 31.12.2017

	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Hospitalisation complète (lits)	156	31	2 172
Public	69	0	1 563
Privé	87	31	609
Hospitalisation partielle (places)	615	104	9 359
Public	479	20	7 458
Privé	136	84	1 901
Placement familial thérapeutique (places)	39	0	727
Total	810	135	12 258

Source : SAE INSEE, RP 2015

Localisation communale des lits installés en hospitalisation temps plein pour la psychiatrie infanto-juvénile en Provence-Alpes-Côte d'Azur



4.1.4 Une diversité de dispositifs pour les soins en intra et en extra hospitalier

4.1.4.1 Des dispositifs de soins portés par les établissements de santé

Pour répondre aux besoins de soins de la population du département, une **diversité de dispositifs intra et extrahospitaliers** est proposée par les établissements de santé.

En plus des hospitalisations complètes, certains établissements proposent des hospitalisations en hôpital de jour ou de nuit (Antibes, Nice, Grasse) ou encore à domicile (Nice) et,

- Pour les situations de crise, des centres d'accueil permanent ouvert 24h/24 (Antibes, Nice)
- Des équipes mobiles de psychiatrie-précarité qui vont au-devant des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques (Grasse, Nice, Cannes)
- Des équipes de liaison qui apportent un appui psychiatrique et font le lien avec les équipes médicosociales (MAS, FAM, ...) (Grasse, Nice)
- Des Centres Médico-Psychologiques (CMP) proposant des consultations spécialisées (adolescents, thérapie familiale) soit 5 jours sur 5 (CMP pivot) soit lors de permanences (antennes CMP)
- Des Centres d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) qui proposent aux patients des actions de soutien et de thérapie de groupe, visant à maintenir, ou favoriser, une existence autonome (Nice, Grasse)
- Des consultations somatiques spécialisées (Nice)
- Des centres ressources (Schizophrénie, Troubles cognitifs, Mémoire)
- Des appartements thérapeutiques (Grasse, Nice)
- ...

Les tableaux ci-dessous, sans prétendre à l'exhaustivité, ni présager de leur accessibilité effective par la population concernée, font un état de ces dispositifs. Ceux-ci sont dénombrés et localisés en fonction de leur secteur psychiatrique. La psychiatrie générale (incluant le pénitencier) et la psychiatrie infanto-juvénile sont présentées en deux tableaux distincts.

PSYCHIATRIE GENERALE

Dispositifs par structures hospitalières publiques et privées		CH Antibes	CH Cannes	Cl. La Grangea	CH Grasse	Cl. Val d'Estreille	CH Ste Marie	CHU Nice	Cl. La Costière	Cl. St François	Cl. St Luc	Nbre
Intra hospitalier												
Urgences hospitalisations Soins intensifs	Urgences (Centre d'accueil permanent 24/24, accueil)	1	1		1			1				4
	Hôpital de jour	1			1		1	1	1	1		6
	Hôpital de nuit	1			1							2
	Unité de soins intensifs		1				1					2
Liaison	Liaison psychiatrie				1		1	2				4
	Equipe mobile psychiatrique et précarité				1			1				2
Consultations	Consultations somatiques spécialisées						1					1
	Consultations spécialisées (mémoire, intersectorielle, post urgence)						3	1				4
	Cellule relais d'entrée aux soins (Consultation)						1					1
Accueil	Centre d'Accueil thérapeutique à temps partiel									1		1
	Accueil familial thérapeutique						11					11
Extra hospitalier												
Hospitalisation Soins intensifs	Hospitalisation complète						2					2
	Hôpital de jour		2		1		10	1				14
	Hospitalisation à domicile						2					2
	Services soins intensifs intégrés à la communauté						2					2
	Service de coordination (HDJ)						1					1
Liaison	Equipe mobile de Psychiatrie précarité		1									1
	Equipe mobile d'évaluation et de coordination						1					1
Consultations spécialisées	Consultations spécialisées (Troubles cognitifs, adolescents et familles)		1				1					2
CMP pivot et antennes	Centre médico-psychologique (CMP)	6	2		1		15	1				25
	CMP avec consultations spécialisées (adolescents, schizophrénie, thérapie familiale, mémoire)						4					4
Accueil	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel				1		8					9
	Appartement thérapeutique ou relai				1		1					2
Pénitentiaire												
	Psychiatrie générale pénitentiaire				1		1					2
	Hôpital de jour						1					1
	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel						1					1
	Consultation CSAPA						1					1
	Consultation UCSA				1							1
	Unité de préparation à la sortie						1					1

Source : Inventaire des structures psychiatriques en PACA, ARS, 2018

PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE

Dispositifs par structures hospitalières publiques et privées		CH Antibes	CH Cannes	CH Grasse	CHU Nice	CH Lenvail	Nbre
Intra hospitalier							
Hospitalisation Liaison	Hospitalisation complète (2 à 12 ans)					1	1
	Hospitalisation complète (adolescents)					1	1
	Hospitalisation complète (adolescents, troubles alimentaires et dépressifs)					1	1
	Hôpital de jour-Jeunes enfants	1	1			1	3
	Unité/équipe mobile de pédopsychiatrie	1	1	1		1	4
Accueil Consultation Ressources	Centre Médico-Psychologique (CMP)		1			1	2
	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel		1				1
	Consultations hospitalières					1	1
	Centre ressources autisme					1	1
Extra hospitalier							
Hospitalisation	Hôpital de jour					3	3
	Hôpital de jour-Jeunes enfants					1	1
	Hôpital de jour -Adolescents					1	1
Accueil Consultation Ressources	Centre Médico-Psychologique (CMP)	3	3			10	16
	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	1	1				2
	Enfants		1				1
	Adolescents		1				1
	Maison des adolescents					1	1
	Centre d'action médico-social précoce (CAMPS) (y compris ACMI et APAJH)	1	1	1	2	1	6

Source : Inventaire des structures psychiatriques en PACA, ARS, 2018

3 secteurs Antibes Cannes Lenvail

4.1.4.2 Des dispositifs spécialisés en addictologie

Le département compte des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont certains proposent des consultations jeunes consommateurs (CJC). Ces centres sont gérés par des associations (PSP-Actes, ANPAA, Emergence PSA) ou des établissements de santé (Antibes, Cannes, Grasse, Ste Marie, Menton, Nice).

Il existe également :

- Des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au sein des établissements de santé à Antibes, Cannes et Nice ;
- Des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) en unité fixe (Lou Passagin/Groupe SOS) ou mobile (Entractes, Lou Passagin/Groupe SOS)
- Une cure (Clinique Le Calme, Cabris)
- Un Réseau Alcoolologie Alpes-Maritimes Ouvert (RAAMO, Cabris)
- Et un réseau de coordination et de santé « Addiction 06 ».

4.2 Des ressources pour l'accompagnement social et médico-social insuffisantes, inégalement réparties et de plus en plus mobilisées

Divers modes d'accompagnement au domicile ou en hébergement collectif, dans le cadre du travail ou de la formation professionnelle (SAMSAH, SSIAD, ESAT, FAM, MAS, Foyers) sont proposés, par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), pour accompagner les personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique. Ces ESSMS disposent d'un volet médical de prise en charge des personnes et/ou d'un volet social (précarité, exclusion, handicap, hébergement).

D'autres professionnels peuvent être impliqués dans cet accompagnement notamment dans le cadre :

- De l'emploi et de la formation : Handyjob/Cap Emploi, Pôle Emploi, entreprises adaptées, mission handicap des universités ou des entreprises, médecine du travail, ...
- De l'hébergement et du logement : résidences-accueils, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Foyers de jeunes travailleurs (FJT), bailleurs sociaux ou privés, foyer logement, ...
- De la vie sociale et citoyenne : groupe d'entraide mutuelle (GEM), associations d'usagers, maisons de quartiers, centres socioculturels, associations culturelles et sportives, ...
- De la famille : associations de familles, services de la protection de l'enfance, planning familial, ...
- De l'aide à domicile, lorsqu'ils ne sont pas des ESSMS.

Pour des raisons de faisabilité (temps imparti au diagnostic et disponibilités des données), il ne sera **pas possible de dresser une vision élargie de l'ensemble de ces acteurs.**

4.2.1 Des taux d'équipement en structures médico-sociales pour les adultes, les enfants et les adolescents comparables à ceux de la région mais inférieurs aux taux nationaux

Globalement dans le département, l'offre médico-sociale en direction des personnes handicapées est inférieure aux moyennes nationales

4.2.1.1 Et pour les adultes, une offre insuffisante au regard des listes d'attentes et inégale surtout à l'ouest du département

Le taux d'équipement en établissement d'hébergement pour adultes handicapés est de 1,3 pour 1000 habitants de 20 à 69 ans alors qu'il est de 1,6 au niveau national.

Le taux d'équipement en places dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) est aussi inférieur au niveau national : 3,0 contre 3,2.

Taux d'équipement par catégorie d'établissement Pour adultes handicapés au 31.12.2017

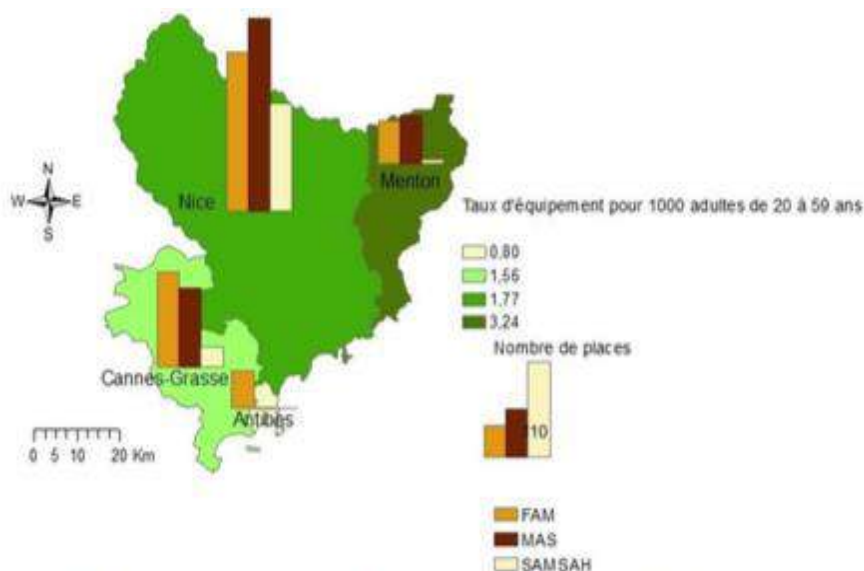
Places pour 1000 habitants de 20 à 69 ans	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Taux d'équipement en places d'accueil spécialisé	0,7	0,7	0,9
Taux d'équipement en places d'accueil médicalisé	0,7	0,7	0,8
Taux d'équipement en places dans les foyers de vie (inclut les foyers occupationnels)	1,2	1,3	1,6
Taux d'équipement en places dans les Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT)	3,0	3,0	3,2

Source : DREES, FINESS, INSEE, estimations de population 2018

Selon une récente étude menée par le CREA I PACA Corse (2019) sur les FAM, MAS et SAMSAH¹ :

- Leur répartition géographique est très inégale sur le département :
« Les taux d'équipement varient de 0,8 pour 1000 sur l'espace opérationnel de proximité (EOP)² d'Antibes à 3,2 pour 1000 sur l'EOP de Menton. Ce taux élevé s'explique par la présence de deux établissements de capacité importante au nord-est du département, implantés sur des communes qui comptent moins de 0,3% de la population du département », comme en témoigne la carte ci-dessous.
- 29% des places installées sont agréées pour tous types de déficiences et **24% des places sont dédiées aux déficiences psychiques** soit 14% des places de MAS, 27% de FAM et 39% de SAMSAH.

Carte-Places installées (nombre et taux) en ESMS médicalisé pour adultes Par Espace opérationnel de proximité des Alpes-Maritimes, 2018



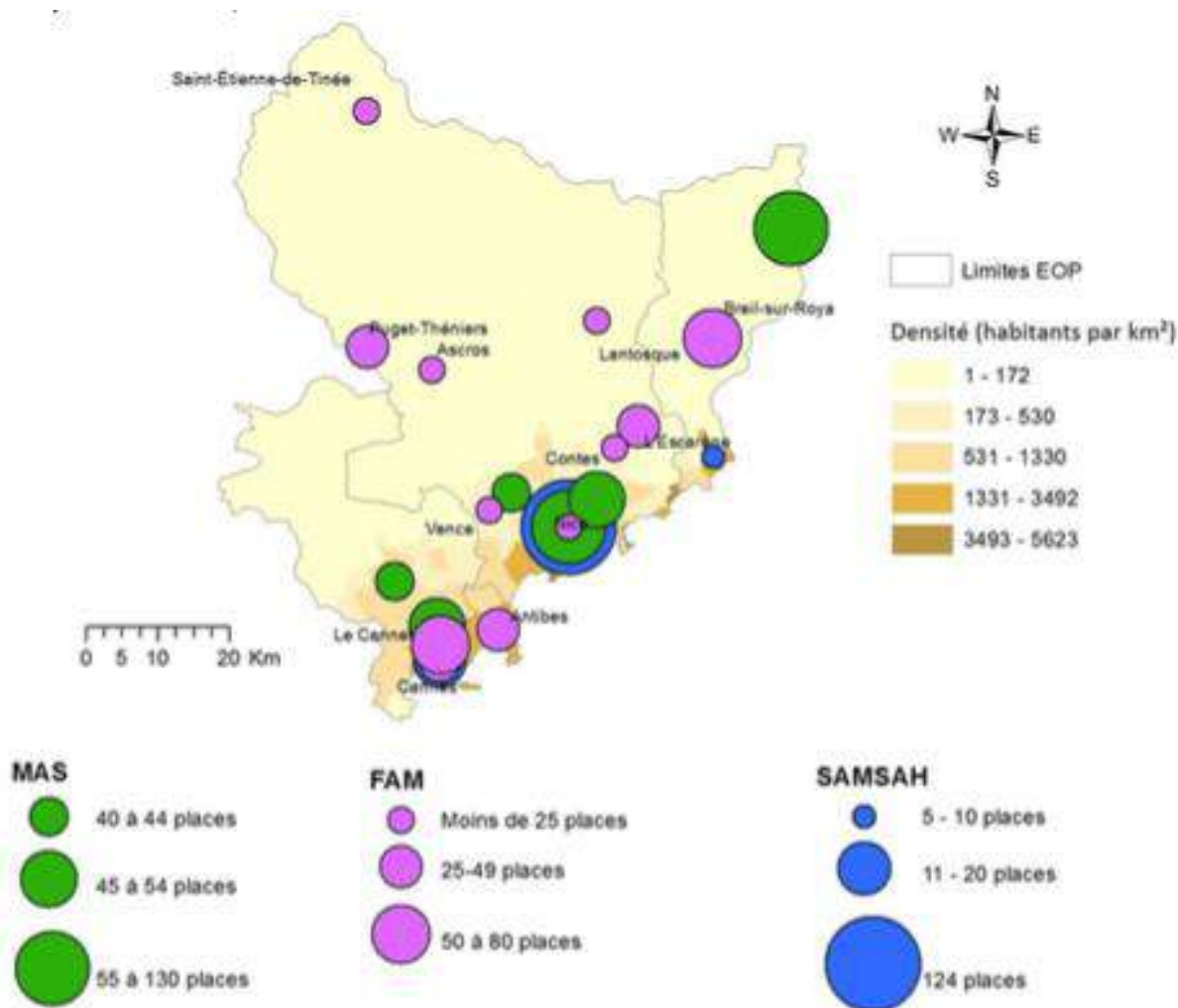
Source : Base de données FINESS, janvier 2018, Insee, RP2014 exploitation principale, traitement : CREA I Paca et Corse
Cartographie : CREA I Paca et Corse

¹ CREA I PACA-Corse, Amélioration de la connaissance des besoins et de l'offre médico-sociale dans les ESMS pour les adultes en situation de handicap dans les Alpes-Maritimes, 2019

² L'EOP est un découpage territorial infra-départemental correspondant à un regroupement des communes.

La carte ci-dessous présente les places installées en ESMS médicalisés (FAM, MAS et SAMSAH) pour adultes. Certains espaces n'ont qu'un type d'ESMS. C'est le cas d'Antibes où aucune MAS et SAMSAH ne sont implantés.

**Carte – Nombre de places installées en ESMS médicalisés pour adultes,
Par catégorie, dans les Alpes-Maritimes, en 2018**



Source : Base de données FINESS, janvier 2018, Insee, RP2014 exploitation principale, traitement : CREA Paca et Corse
Cartographie : CREA Paca et Corse

Au total, ce sont **4 221 places installées** dans le département pour l'accueil des adultes, dont **3 678 places** pour des personnes présentant un handicap psychique ou un TSA (Trouble dans le Spectre de l'Autisme).

Capacité en places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2017

	PACA	Alpes- Maritimes	France métropolitaine
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	1 821	370	28 214
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	1 872	390*	28 667
Foyer de vie (y compris foyers occupationnels)	3 028	565	51 255
Foyer d'hébergement	2 107	326	39 032
Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)	7 445	1 590	102 495
Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, médico-Social pour Adultes Handicapés (SAVS et SAMSAH)	2 729	437*	49 364
Sous Total	19 002	3 678	299 027
Foyer d'accueil polyvalent	462	310	2 731
Centre de Rééducation Professionnelle (CRP) Centre de pré orientation (CPO) Unités Évaluation Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS)	776	147	10 949
Services de soins infirmiers à domicile pour adultes handicapés dont services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et Services polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)	461	86	6 524
Sous Total	1 757	543	24 338
TOTAL	20 759	4 221	323 365

Sources : DREES, FINISS

* selon le CREA PACA Corse, en janvier 2018, 386 places en FAM et 152 places dans les SAMSAH

Selon cette même étude ³

- Près de 958 adultes étaient accueillis par un ESMS médicalisé au 31 décembre 2014
- **37 % présentent un trouble psychique comme déficience principale**
- **Près de la moitié des adultes en FAM (48 %) et 53 % en SAMSAH ont un trouble du psychisme**
- En 2018, un peu plus de **600 adultes sont inscrits en liste d'attente** d'une place dans les 17 ESMS médicalisés (MAS, FAM ou SAMSAH) répondants. Ces personnes patientent depuis en moyenne 19 mois sans obtenir de place alors que le taux d'occupation à l'Est du département est de 70 %
- 72 % des personnes recherchent une place d'accueil permanent et 42 % sont en attente d'une MAS

C'est donc une offre insuffisante au regard des listes d'attente, répartie inégalement avec l'ouest du département particulièrement sous-équipé en ESMS médicalisés.

³CREAI PACA-Corse, Amélioration de la connaissance des besoins et de l'offre médico-sociale dans les ESMS pour les adultes en situation de handicap dans les Alpes-Maritimes, 2019

4.2.1.2 Pour les enfants et adolescents, une offre très insuffisante, moindre à l'Est et pas toujours adaptée

Si le taux d'équipement hors Services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) est identique à la Région (5,3 pour 1 000 habitants de - de 20 ans), il est inférieur au niveau national soit 6,5. Le taux d'équipement en SESSAD est un peu supérieur aux taux régional (3,2 contre 2,9), mais reste inférieur au niveau national (3,3).

Taux d'équipement par catégorie d'établissement pour enfants et adolescents handicapés au 31.12.2017

Places pour 1000 habitants de - 20 ans	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Taux d'équipement en places dans les établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD, jardins d'enfants et accueil temporaire)	5,3	5,3	6,5
Taux d'équipement en places dans les SESSAD	2,9	3,2	3,3

Source : DREES, FINESS, INSEE, estimations de population 2018

Pour les enfants et adolescents présentant un handicap psychique ou un TSA (Trouble dans le Spectre de l'Autisme), **1 691 places** sont **installées** dans le département.

Capacité en places installées par catégorie d'établissement au 31.12.2017

	PACA	Alpes-Maritimes	France métropolitaine
Instituts Médico-Educatifs (IME)	4 172	808	67 026
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)	787	146	15 302
Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)	3 348	737	51 368
TOTAL	8 307	1 691	133 696

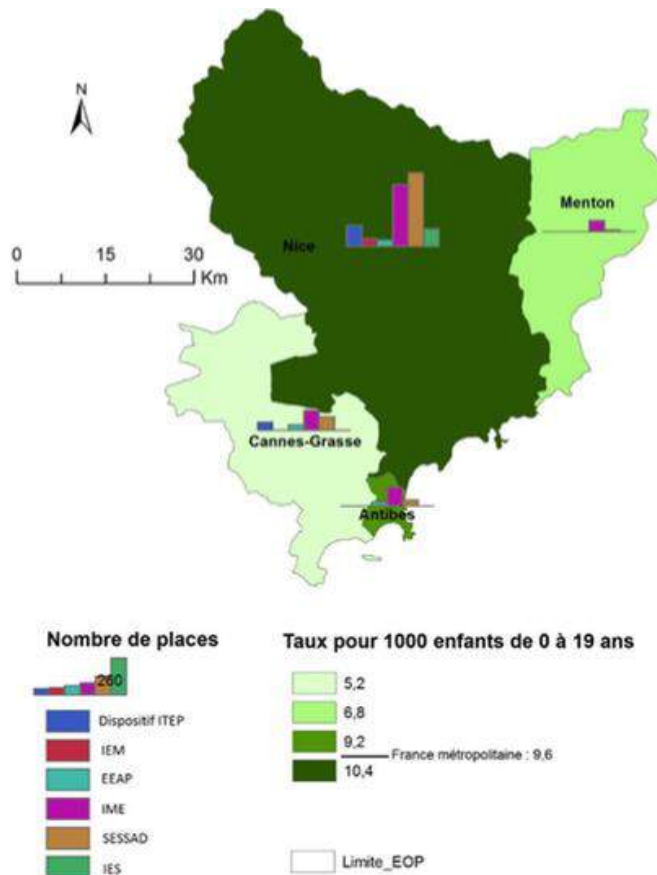
Source : DREES, FINESS, INSEE, estimation de population 2018

Une récente étude menée par le CREA I PACA Corse relève⁴ :

- Des inégalités territoriales dans la répartition des places en : « taux d'équipement le plus faible s'observe sur l'EOP de Cannes-Grasse. La ville de Cannes, troisième ville la plus peuplée du département derrière celles de Nice et Antibes, ne dispose d'aucune place en IME. A l'Est du département, sur l'EOP de Menton, seules des places dédiées à la déficience intellectuelle et à l'autisme sont proposées.
- Aucune place dédiée à la prise en charge des troubles psychiques n'est installée à l'Est de Nice
- Seul l'EOP de Nice dispose d'unités ouvertes 365 jours par an. Les unités des ESMS pour enfants des Alpes-Maritimes

- Un peu moins de la moitié des places sont proposées sous forme d'externat

Carte – ESMS pour enfants dans les Alpes-Maritimes (2016)



Source : Drees – enquête ES-Handicap - 2014, Enquête complémentaire CREAI 2016, INSEE RP 2013
Cartographie : Creai Paca et Corse

Selon cette même étude ⁵:

- 28% des enfants pris en charge présentent comme déficience principale des troubles du psychisme
- Des prises en charge qui ne correspondent pas toujours à l'agrément de public" si généralement, les enfants sont accompagnés par des structures dédiées à la prise en charge de leur déficience, les unités dédiées à la déficience intellectuelle font exception (...). En effet, près d'un enfant sur cinq accueillis au sein d'unité pour déficients intellectuels présente, comme déficience principale, un trouble du psychisme (...) Trois autistes sur quatre sont pris en charge dans une unité Ne disposant pas d'agrément spécifique à la prise en charge de l'autisme".
- Le nombre d'enfants présentant un trouble du spectre autistique est nettement supérieur à l'offre. Près de 700 enfants atteints de TSA sont repérés dans les ESMS du département et 185 places sont dédiées à leur prise en charge ce qui est plus élevé qu'en Paca.

⁴ CREAI Paca-Corse Analyse de l'offre et des listes d'attente dans les ESMS pour les enfants dans les Alpes-Maritimes

⁵ CREAI Paca-Corse Analyse de l'offre et des listes d'attente dans les ESMS pour enfants dans les Alpes-Maritimes

par ailleurs,

- Entre 800 et 1068 enfants inscrits sur les listes d'attente, en 2016
- 26,2% des enfants (n=280) en liste d'attente d'un ESMS pour déficients intellectuels ou autistes et 15,5% (n=166) d'un ESMS pour déficients psychiques
- L'attente dure depuis 21 mois en moyenne.
- La pression est particulièrement forte pour les dispositifs ITEP : pour 100 places installées, et vraisemblablement occupées, 79 enfants sont inscrits sur liste d'attente."

4.2.2 Des services sociaux de plus en plus sollicités par des personnes en souffrance psychique

4.2.2.1 Toutes les ressources sociales potentiellement impliquées

Qu'ils soient publics ou privés, les services sociaux assurent la protection des personnes vulnérables du fait de leur situation économique (précarité, pauvreté), de leur état de santé (handicap, perte d'autonomie), de leur âge (enfance et vieillesse), ou de leur isolement social (sans-abris, migrants).

En matière d'accompagnement des personnes affectées psychiquement, potentiellement, tous les dispositifs sociaux peuvent être impliqués dans le cadre de l'urgence (urgences sociales), de l'hébergement (résidences d'accueil, CHRS, centre d'urgence sociale), de la protection des personnes (mandataires judiciaires Protection des majeurs), de l'appui aux démarches administratives, ...

En outre et en fonction de la spécificité des publics, les services en place peuvent être impliqués également. Notamment,

- Pour les femmes enceintes et les jeunes enfants, dans les 25 Centres de PMI et d'Education et de Planification familiale répartis sur le département
- Pour les jeunes et les étudiants dans le Carrefour Santé Jeunes, la Maison des Adolescents (Nice), le Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) ou encore le Service de Santé Universitaire (SSU).
- Pour les plus jeunes (enfants et adolescents) dans les maisons des solidarités départementales et l'unité de protection de l'enfance, ainsi que les 5 Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) (Antibes, Cagnes sur mer, Menton, Nice, St Laurent du Var) ou l'Espace jeunes du Bassin Cannois
- ...

Depuis 2006, le département des Alpes-Maritimes a mis en place, dans le cadre de son schéma d'aménagement et de développement durable, notamment 8 Maisons Du Département (MDD), pour améliorer l'accès et l'efficacité du service public dans le moyen et haut pays et en zone rurale. Plus récemment, il a élaboré un Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public qui définit, entre autres, des perspectives en matière de services administratifs via la création de Maisons de Services Au Public (MSAP) ou le déploiement de points et d'espaces numériques de proximité.

4.2.2.2 Des CCAS de plus en plus sollicités par des personnes en souffrance psychique

Pour rappel, le CCAS anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune en liaison avec les institutions publiques et privées. A ce titre, il développe différentes activités et missions légales ou facultatives, directement orientées vers les populations concernées.

Il se mobilise dans les principaux champs suivants : lutte contre l'exclusion (en particulier, aide alimentaire), services d'aide à domicile, prévention et animation pour les personnes âgées, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, soutien au logement et à l'hébergement, petite enfance, enfance/jeunesse, soutien aux personnes en situation de handicap.

Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale légale (aide médicale, RSA, aide aux personnes âgées...) et les transmet aux autorités décisionnelles compétentes telles que le Conseil départemental, la préfecture ou les organismes de Sécurité Sociale.

En 2018, l'enquête nationale de l'Unccas (union des CCAS)⁶ notait des sollicitations jugées « **en hausse** » depuis 2015 pour les publics suivants :

- **Personnes en souffrance psychique : 19%**
- Personnes en perte d'autonomie (troubles liés à l'âge, Alzheimer...) : 14%
- Publics sans domicile fixe : 13%
- Victimes de violences conjugales : 11%
- Adultes étrangers en situation régulière (hors demandeurs d'asile) : 10%
- Personnes en situation de handicap moteur ou mental : 8%

68% des CCAS/CIAS déclarent être sollicités fréquemment pour des aides par des familles monoparentales, 64% par des personnes isolées et 57% par des couples avec enfants. La demande provenant de familles monoparentales est estimée à la hausse par 34% des répondants.

Parmi les CCAS/CIAS accueillant une permanence de partenaires au sein de ses locaux, les partenaires les plus souvent concernés sont pour :

- 66% « divers » : Mission locale/PLIE, CARSAT, Associations liées à l'habitat (ADIL, ANAH, SOLIHA...), Associations liées à la santé, psychologues, mutuelles, écrivain public, MDPH et bien d'autres...
- 45% le Conseil départemental
- 17% la CAF
- 15% la CPAM
- 15% des associations caritatives

4.2.3 Des ressources inscrites dans l'entraide

Ces ressources visent à apporter de l'aide et de l'accompagnement (défense des intérêts, conseils, écoute, groupes d'expression) aux personnes affectées ou à leurs proches. Elles sont organisées en association d'usagers, de patients, de représentants des usagers de santé ou de groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Dans le département, 9 GEM ont été créés ces dernières années :

- GEM DIRHE, GEM J'aime Nice, Le Phare des 2 Pôles, GEM Phénix Cannes, GEM Vallauris, GEM Intermezzo, GEM Rubinstein Sébastien, SOS suicide Phoenix, Association PROMESSES.

D'autres associations représentant les personnes en situation de handicap et leurs proches sont étroitement associées aux instances de la MDPH. On citera dans le cadre :

- Du handicap psychique : ADSEA 06 (Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant et l'Adulte), ISATIM (Association pour l'intégration, le soutien et l'accompagnement au travail et l'insertion professionnel), UNAFAM 06 (Union nationale des amis et familles des malades psychiques)
- Des troubles "DYS" : l'association des parents d'enfants dyslexiques de l'académie de Nice (APED), Dys'solutions France 06 (DSF06)
- De l'autisme et des TED : Autisme Apprendre Autrement (ABA), Autisme Méditerranée (AME), Association pour des projets individuels et collectifs (APIC06), TEDÉTOI, API-END.

D'autres formes de soutien sont aussi à l'œuvre :

- 1 service municipal en direction des aidants (L'adresse des aidants à Nice, depuis octobre 2019)
- 20 lignes d'écoute téléphonique thématiques (alcool, anorexie, cyber harcèlement, dépression, violences...)
- Des applis Smartphone et des sites internet.

4.3 Des ressources en développement en matière d'accès aux droits et d'appui à la coordination des acteurs

4.3.1 La Maison Départementale des Personnes Handicapées 06 (MDPH 06) en lien avec la CDAPH et la CAF

Créée en 2005, la Maison Départementale des Personnes Handicapées 06 (MDPH 06)⁷ accueille, informe, oriente et accompagne les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits et aux prestations. Elle fonctionne comme un guichet unique en centralisant toutes les démarches administratives.

Pour l'obtention et le suivi des dossiers d'allocation adulte handicapé (AAH), elle travaille en lien avec la Commission départementale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui valide les dossiers et la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) qui effectue les paiements.

En 2018, les équipes pluridisciplinaires de la MDPH ont examiné 35 436 situations pour proposer un plan personnalisé de compensation.

La CDAPH a tenu 27 réunions plénières et reçu 248 personnes.

Le Conseil Départemental observe une diminution d'environ 6% du nombre total des décisions et une augmentation du nombre de décisions concernant les enfants de plus de 5%.

⁶ L'enquête porte à la fois sur le premier accueil qu'ils proposent pour orienter et accompagner ces publics et sur ces aides et secours qu'ils dispensent en complément des dispositifs légaux. 1 055 CCAS et CIAS ont répondu à cette enquête, soit 27 % des adhérents de l'Unccas, couvrant 29 % de la population française.

⁷ Loi n°2005-102 du 11 février 2005, Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Prise en charge des personnes en situation de handicap par la MDPH 06 en 2018

	Adulte	Enfant	TOTAL
Total des décisions et avis de la CDAPH	68 558	20 547	89 105
Nombre de personnes ayant fait l'objet d'au moins une décision ou avis	26 571	5 066	31 367
Nombre moyen de décisions et/ou avis pris par personne	2,6	4,1	3

Source : Schéma départemental de l'autonomie Conseil départemental, octobre 2019

4.3.2 Une 10^{aine} de Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), mais aucun Contrat Local de Santé (CLS) dans les Alpes-Maritimes

Pour rappel, un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

Dans le département, les CLSM sont mis en œuvre pour certains depuis plusieurs années. A Antibes - Juan Les Pins, Cagnes sur Mer, Nice et Vence, après un diagnostic préalable, des axes de travail ont été définis et des actions engagées.

Dans les autres communes (Carros, Grasse, Roquebrune Cap Martin, Menton), ces travaux devraient être engagés ou complétés en 2020.

Les CLSM sont en lien avec l'Agence Régionale de Santé et le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille).

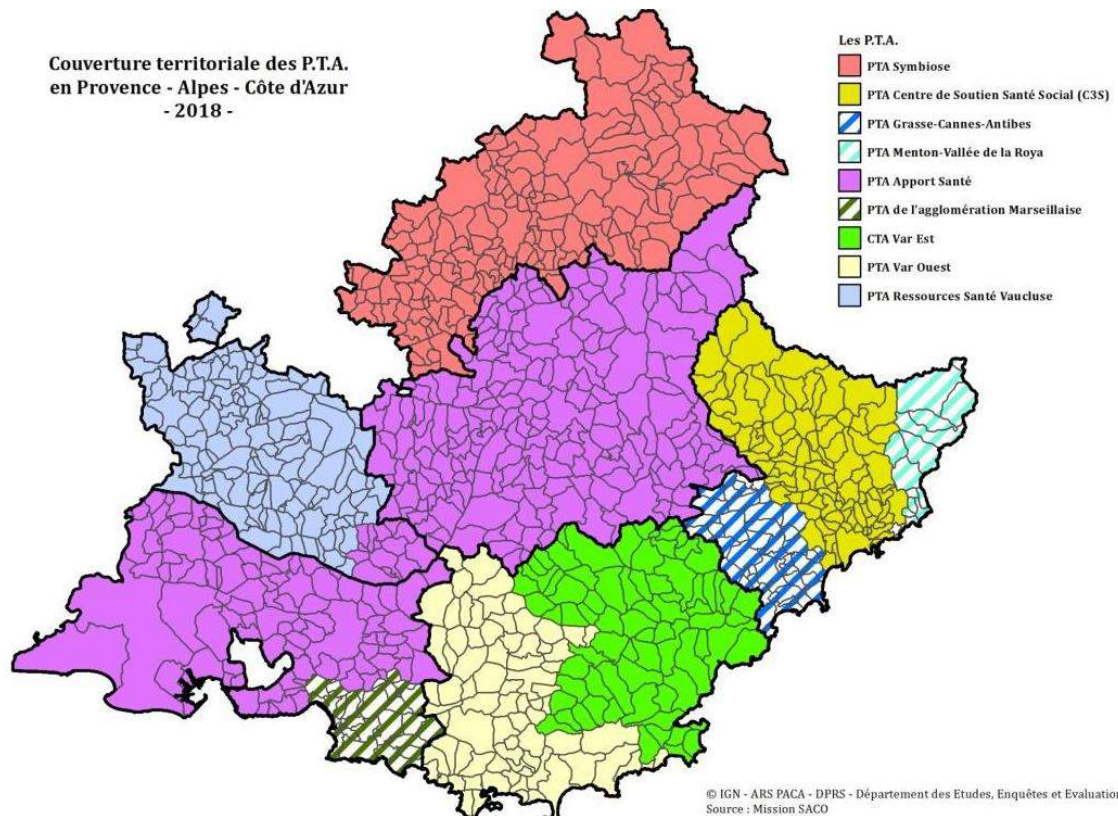
Une plateforme (Fabrique Territoire Santé) est dédiée aux échanges entre coordonnateurs. Ces soutiens permettent de connaître les actions mises en place au sein d'autres territoires, de s'inspirer de documents « support » ayant fait leurs preuves et d'échanger avec les autres CLSM si besoin.

4.3.3 Pour simplifier la vie des professionnels de santé, 3 plateformes territoriales d'appui (PTA) dont 1 en cours d'installation

Identifiée par un numéro de téléphone, une Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) est composée d'une équipe pluri professionnelle. Elle apporte son aide aux professionnels de santé face à une situation complexe (poly pathologies, multiplicité des interventions au domicile, enchevêtrement des problématiques médico-sociales) dans la prise en charge ou l'accompagnement d'une personne, quels que soient l'âge, la pathologie ou le handicap.

Fin 2019, les 3 PTA couvrent le département :

- La PTA Est Azur propose ses services sur les vallées de la Bévéra et de la Roya ainsi que sur le mentonnais ;
- La PTA C3S propose ses services sur Nice et le Haut pays ;
- La PTA Cap Azur (Grasse, Cannes, Antibes), opérationnelle fin 2019, propose ses services sur l'ouest du département des Alpes-Maritimes.



4.3.4 Six MAIA pour simplifier le parcours des personnes âgées en situation de perte d'autonomie et des personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives

Le dispositif MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) est un réseau destiné à faciliter le travail des professionnels ayant en charge des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, dont des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Elles proposent un référent (gestionnaires de cas) pour les situations identifiées comme cumulant les critères de complexité.

Dans le département, elles sont organisées dans 6 territoires :

- Antipolis
- Cannes Pays Lérins
- Grasse
- Haut pays des Alpes-Maritimes
- Nice Alpes Côte d'Azur
- Menton Riviera



De plus, 10 Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) gérontologiques dans le département accueillent et apportent un soutien de proximité aux personnes âgées et à leurs aidants, familles ou gérontologues spécialisés.

5. SYNTHÈSE DU PORTRAIT DE TERRITOIRE

Le présent portrait de territoire a été réalisé à partir des sources documentaires mentionnées (cf. liste des sources documentaires – Annexe 6). Il s'agit de supports disponibles en ligne (rapports, synthèses, bases de données) propres à apporter des données sur le département et la région PACA ou de requêtes spécifiques adressées à des acteurs locaux. Une partie du diagnostic observe les ressources mobilisables en matière de santé mentale. Elle doit être considérée avec réserve au regard d'une part de la diversité et du nombre important de ces ressources et d'autre part de la qualité des données afférentes.

A partir de ces données, nous avons pu dresser à grands traits le portrait du département. A l'image de sa géographie, on y voit un territoire à forts contrastes dans la manière dont sa population se répartit et vit dans le département. Certains territoires cumulent des difficultés de tous ordres, notamment certains quartiers de Nice ou de Grasse.

Les inégalités sociales y sont marquées avec des populations vulnérables présentant un sérieux risque d'isolement du fait de leur âge, de leur niveau de dépendance, de la structure familiale ou de leurs ressources financières. Ce phénomène pourrait s'amplifier dans les prochaines années.

Ce sont entre 20 et 25 % de la population, soit approximativement 250 000 personnes atteintes par au moins un trouble psychique et une mortalité qui se distingue par un taux supérieur aux niveaux régional et national.

Quels que soient les publics, les équipements hospitaliers en psychiatrie y sont moindres par rapport à la région ou à la France. L'Est et l'Ouest du département présentent une offre médico-sociale insuffisante respectivement pour les enfants et adolescents et pour les adultes. Le paysage sanitaire est en évolution. Le développement de structures d'exercice coordonné vient compenser une offre médicale et paramédicale bien pourvue y compris en psychiatrie mais concentrée sur le littoral. Un appui est proposé aux professionnels de santé via les PTA qui couvrent dès lors le département. Des dynamiques de soutien et de réflexion mutuelle de proximité se mettent en place autour notamment des GEM et des Conseils Locaux de Santé Mentale pour apporter des réponses au plus près des besoins des populations concernées.

Portrait des Alpes-Maritimes en

Caractéristiques du territoire

Données socio-économiques



- 200 000 pers. seules, le + souvent âgées (+ 65 ans)
 - 30% familles monoparentales surtout féminines dont 60% sous le seuil de pauvreté
 - Pers. en Perte d'Autonomie (en 2028, 35000 en PA sévère ou modérée au domicile et aidants)
 - Chômage et précarité élevés
 - 10,3% chômeurs
 - 14 900 bénéficiaires du RSA, 15% < France (16%) mais a doublé en 8 ans
 - mais moins de bénéficiaires de la CMU (2,65% vs 3,61%) et de la CMUC (6,09 vs 7,81) par rapport à la France
 - Pauvreté élevée et inégalités sociales très marquées
 - 15,8%, familles monoparentales, jeunes + exposés
- Écart de revenus allant jusqu'à 9,1 (Nice)

Données épidémiologiques

Ressources du territoire

- Mortalité associée à un trouble mental > Paca et France
32 /100 000 hab
- Suicide chez les femmes (48 décès / an) > France
- **Prévalences estimées** : 250 000 personnes atteintes par **au - 1 trouble de santé mentale** soit **20 à 25 %**
 - 105 000 Trouble anxieux généralisé
 - 100 000 Episode dépressif caractérisé
 - 55 000 Conduites addictives
 - 24 000 Troubles bipolaires
 - 18 000 Troubles du comportement alimentaire
 - 11 000 Troubles envahissants
 - 9 700 Troubles psychotiques
- Risque élevé de comorbidités (enquête 2009)
- Recours aux soins sans consentement élevé et sup à la France (154,6 / 100000 hab vs 132,9)

- Offre libérale bien pourvue mais vieillissante et inégalement répartie (densité de psychiatres > France, psychologue ?)
- Structures d'exercice coordonné créées (MSP, CS et CPTS)
- Nbre places et lits en psychiatrie moindre / Paca et France
- Offre hospitalière publique en évolution (GHT) avec des dispositifs intra et extra hospitaliers diversifiés (HAD, équipes mobiles...)
- Offre médico-sociale insuffisante à l'Ouest (adultes) et à l'Est (Enfants et adolescents)
- Services sociaux de + en + sollicités
- GEM en développement (n=9)
- 3 PTA
- 10 Conseils Locaux de Santé Mentale

6. DIAGNOSTIC QUALITATIF PARTAGE : CONSTATS, PROBLEMATIQUES ET PISTES D' ACTIONS

Conformément au cadre institutionnel, l'élaboration du PTSM repose sur la consultation élargie des acteurs parties prenantes de la santé mentale de la population.

En référence au principe de démocratie sanitaire « *qui associe l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de politique de santé* », les groupes étaient composés d'acteurs du sanitaire, du médico-social, du social, de représentants des familles et d'usagers en santé mentale.

Dans chacun des groupes, les participants étaient invités à témoigner de leurs expériences, partager leurs connaissances et constats particulièrement sous l'angle des difficultés et dysfonctionnements repérés dans leurs pratiques professionnelles.

Puis, dans un second temps, d'alimenter la réflexion, partager leur point de vue, être force de proposition d'améliorations.

Dans cette configuration nous pouvons souligner :

- La grande qualité des échanges favorisés par la pluridisciplinarité des participants, une dynamique de groupe bienveillante et respectueuse.
- L'évolution de certaines représentations, préjugés concernant le vécu des patients à partir de la pertinence de leurs témoignages expérimentiels, permettant de ramener les professionnels dans le concret, dans la réalité des patients
- L'aisance verbale des usagers dans les groupes, certainement favorisée par la participation de la plupart d'entre eux à une formation « Empowerment », « Psychoéducation » mise en place depuis 2017 par le CMP « Le Bellagio ». Ces groupes se sont centrés sur l'application concrète des préceptes de l'empowerment : accroître sa capacité à orienter sa vie et ses soins pour un meilleur bénéfice, développer ses aptitudes à la prise de parole en public

L'analyse des productions des groupes a fait émerger des problématiques transversales. Dans un souci de mise en cohérence des solutions, il nous est apparu plus opportun de présenter, non pas de manière systématique les conclusions de chacun des groupes, mais les résultats témoignant de cette transversalité. Il paraît également nécessaire de disposer d'une vision globale et structurante pour le futur PTSM.

Les chapitres suivants présentent les huit problématiques et constats transversaux, les pistes d'amélioration relevées comme pertinentes et ce qu'il faut en retenir.

CONSTAT N° 1

Des cloisonnements entre les secteurs et les professionnels : une offre de soins morcelée et un manque de coordination

Problème(s)

La loi de 2016, au travers de l'article 69 relatif à la politique de santé mentale, réaffirme la mission de psychiatrie de secteur en la recentrant sur l'importance des soins de proximité et en insistant sur l'indispensable coordination avec les autres intervenants sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

Cependant l'organisation (sectoriel) de la psychiatrie offre aujourd'hui, le plus souvent, l'image d'un système, hospitalo centrée, proposant au patient des parcours morcelés, mal coordonnés, avec des structures d'amont et d'aval insuffisantes et engorgées.

L'organisation des soins est tellement complexe que même les acteurs les plus impliqués ne parviennent plus à faire la cartographie de l'offre, à définir clairement des parcours de soins spécifiques, à mesurer leur efficacité.

Ce manque de coordination s'exprime au sein même du secteur sanitaire mais aussi entre secteur sanitaire et médico-social, entre soins psychiatriques et soins somatiques, entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie de l'adulte.

Face à ce constat le décroisement du système de soins et l'ouverture vers les partenaires sont impératifs. La conception des soins fait dorénavant appel aux notions de parcours et de coordination des acteurs afin de limiter le recours aux urgences et aux hospitalisations.

La nécessité d'ouverture vaut aussi pour les proches du malade (familles, personnes de confiance) trop souvent ignorés, voire tenus en suspicion de contribuer au processus pathogène. Pourtant il est évident qu'il est inenvisageable de soigner une personne (un enfant ou un adulte) sans tenir compte de son environnement et de se passer des ressources que celui-ci est en mesure d'apporter.

Ces constats, ont été corroborés par les groupes de travail concernant tant la crise et la gestion de la crise que de l'accès aux soins somatiques ou encore le rétablissement.

Les participants évoquent au **stade de la crise** « *un manque de coordination dans l'intervention de la crise, des difficultés à identifier les interlocuteurs de gestion de la crise, l'absence de référent individuel pour le suivi social, éducatif, judiciaire et médical malgré le nombre de structures existantes. L'absence d'alternatives de dispositifs « aller vers » contribue trop souvent et/ou systématiquement aux recours aux urgences* ».

Concernant **l'accès les soins somatiques**, ils observent « *un défaut de passerelle entre les psychiatres hospitaliers, et la médecine de ville – psychiatres, médecins, une tendance à fonctionner en silo ce qui contribue aux situations de ruptures* ».

Dans la **perspective du rétablissement** ils constatent « *un manque de logique, une absence de coordination, de lien et de partage d'informations entre les professionnels concernant le panel d'actions mises en œuvre pour l'utilisateur (sociales, sanitaires, éducatives, médico-sociales)* ».

Ainsi les professionnels parlent « *d'isolement professionnel* », les usagers soulignent que l'ensemble des mesures des actions mises en œuvre à leur attention est « *peu lisible à la fois pour eux, pour leur famille ce qui contribue aux ruptures de leur parcours de soins* ».

Pistes d'actions

- **Formaliser et soutenir les réseaux partenariaux locaux.** L'objectif étant de favoriser l'interconnaissance des professionnels qui accompagnent des personnes ayant des troubles psychiques (santé, sociaux, médico sociaux, judiciaire etc...). Les participants ont largement mis l'accent sur l'intérêt de formaliser ces partenariats afin de garantir leur pérennisation, leur reconnaissance au sein des institutions notamment.
- **Développer les études de cas et les échanges de pratiques** ont été repérés comme moments de rencontres, de partages, de constructions et consolidations des partenariats.
- **Augmenter leurs ressources humaines des CLSM et redimensionner leur territoire d'action.** En effet, les CLSM ont été cités comme étant des organisations favorisant la structuration et l'organisation d'échanges entre partenaires.
- **Disposer d'instances de coordination de type Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) en santé mentale avec des gestionnaires de cas.** Cette offre pourrait constituer une réponse pour les patients, les familles et les professionnels, avec un double intérêt : la coordination des parcours et le soutien aux professionnels de première ligne.
- **Développer une plateforme téléphonique de régulation / coordination de la crise**
- **Rapprocher les acteurs de la santé mentale et de l'addictologie afin d'articuler leurs interventions** et, les amener à questionner et envisager les liens étroits entre santé mentale et conduites addictives

Ce qu'il faut retenir

- Importance de favoriser des instances, rencontres d'échanges entre professionnels, bénévoles des différents secteurs : études de cas, échanges de pratiques, formation commune
- Nécessité de favoriser, renforcer et formaliser les liens partenariaux existants
- Prise en compte de la dimension territoriale dans le maillage partenarial
- S'appuyer sur les dynamiques existantes et les renforcer : CLSM, CPTS, PTA

CONSTAT N° 2

Des insuffisances dans la formation des professionnels, des acteurs (tous secteurs confondus) et des citoyens

Problème(s)

L'ensemble des groupes considère que la formation continue et initiale des professionnels du territoire et des acteurs est un enjeu prioritaire pour le PTSM.

A plus d'un titre la formation permettrait de renforcer et consolider les compétences des acteurs en matière de prévention des situations de crise, de repérage des troubles, de prise en charge et d'accueil des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Les besoins de formations relevés sont notamment sur « **le repérage des premiers troubles et leurs orientations**», « **les droits des usagers** » et concernent des publics très variés tels que : les professionnels de santé, les citoyens de la société civile, les professionnels d'associations tutélaires et instances de Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs, les professionnels des services publics accueillant du public, les intervenants dans l'aide à domicile,

Globalement la formation est un besoin prégnant sur le territoire, toutes professions confondues.

Pistes d'actions

- Créer des modules intégrés aux formations initiales/continues :
 - Initier les stages en psychiatrie pour les Médecins somaticiens en formation et inversement pour les Médecins psychiatre
 - Démultiplier les formations d'IPA en Psychiatrie et Santé Mentale
 - Des acteurs du territoire, professionnels, médicaux, sociaux, éducatifs, administratifs sur « les bonnes pratiques, postures, attitudes » (compris la médecine de ville)
- Développer des formations
 - « Premiers Secours en Santé Mentale » (PSSM) pour les citoyens en priorité et/ou les professionnels non-initiés à la Santé Mentale
 - Des aidants et des patients experts pour améliorer le soutien et l'accompagnement des patients
- Intégrer des patients experts dans les différentes formations notamment celles des médecins, en dupliquant l'expérience de l'Université Paris 13 sur la formation des médecins en binôme « Professionnel de santé/pair aidant patient »
- Créer un module socle sur les notions de déterminants de la santé mentale dans toutes les formations (acculturation)

Ce qu'il faut retenir :

La formation est un enjeu primordial pour une meilleure prise en charge, l'accompagnement des patients, mais aussi pour l'accompagnement des familles, des proches.

Il est important pour le grand public, pour les professionnels dans chaque secteur, que des formations adaptées aux métiers soient proposées. Ce renforcement des compétences des professionnels, des acteurs de la société civile permettra de mieux détecter les troubles, de prévenir les situations de crise, d'améliorer la prise en charge au sein des parcours de vie, des projets de soins des patients.

A ce titre les réflexions des groupes rejoignent les recommandations, quasi systématiquement retrouvées dans les rapports parlementaires ou institutionnels sur la santé mentale, qui porte sur la formation des professionnels de santé dont le rôle est incontestable pour un meilleur repérage des troubles, pour un diagnostic précoce et pour une prise en charge plus conforme aux recommandations de bonnes pratiques.

CONSTAT N° 3

Difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels

Problème(s)

L'accès à l'information en matière de droits, d'aides, de démarches administratives, accès au logement, emploi ...) a été identifié par les participants aux groupes de travail comme une des pistes d'actions majeures à traiter dans le PTSM06. Ce constat est partagé largement, que ce soit par les professionnels de l'accompagnement et du soin, que par les proches ou les personnes directement concernées.

Cet aspect constitue une préoccupation largement travaillée et documentée au plan national. Par exemple, lors de l'état des lieux de la santé mentale des jeunes en France (fondation Deniker – 2016) jeunes, parents et enseignants se disent mal informés et démunis face à une problématique de santé mentale : 92 % des enseignants ignorent la conduite à tenir en cas de situation de cet ordre, il en est de même pour 83 % des parents et 84 % des jeunes.

Dans le cadre du PTSM 06, les groupes ont identifié plusieurs explications à la difficulté d'accès à l'information :

- La multiplicité des sources d'information (quid de la qualité / fiabilité de l'information et de la compréhension de celle-ci)
- La multiplicité des dispositifs d'accompagnement et de soins qui les rendent peu lisibles
- Le manque de centralisation de l'information sur un support unique, facilement accessible
- La dématérialisation de l'information et des démarches, qui exclut les personnes, les familles pas équipées ou qui ne maîtrisent pas l'outil informatique
- La barrière de la langue (besoin d'interprétariat notamment)
- Manque d'information concernant les droits des usagers

Dans la relation avec les soignants, les « usagers » et les familles ont insisté sur le manque d'information notamment au moment de l'entrée dans la maladie et de l'annonce du diagnostic : information sur la maladie, les traitements, les aides existantes, les ressources etc. Rappelons que l'un des aspects majeurs de la « démocratie sanitaire » réside dans le changement de modèle de la décision médicale (HAS – octobre 2013 « patients et professionnels de santé : décider ensemble »).

Ainsi ces dernières années ont vu le passage progressif d'un modèle paternaliste (prenant toutefois en compte le consentement éclairé du patient) à une décision médicale « partagée ».

Au-delà des informations médicales, l'amélioration de l'accès à l'information centralisée, fiable et facilement compréhensible permettrait aux patients et aux familles de se sentir moins isolés, d'accéder aux services et aides plus précocement, d'éviter, dans certaines situations, que des problématiques sociales, financières ou professionnelles se rajoutent à la pathologie.

Pistes d'actions

Aussi, les groupes de travail thématiques ont formulé les pistes d'actions suivantes :

- **Créer, développer, diffuser des outils et supports de communication** sur les différentes ressources/aides disponibles pour les usagers et leurs familles sur leurs droits, les aides, la pathologie, les traitements médicamenteux et les thérapies (TCC par exemple)
- Créer une **cartographie répertoriant les ressources d'aides de soins, sociales et médico-sociales** à destination des professionnels
- **Créer lieux d'accueil, d'écoute de la parole des parents, familles, aidants.**
Exemple : l'adresse des aidants de la Ville de Nice
- Créer des outils de communication pour **promouvoir les associations d'usagers et les Groupes d'Entraide Mutuelle** auprès des professionnels, des usagers et des familles.

Ce qu'il faut retenir :

L'accès à l'information est un levier majeur pour lutter contre la stigmatisation et favoriser l'empowerment des personnes concernées. Les professionnels peinent également à disposer des informations utiles pour l'accompagnement des patients, d'où l'intérêt de :

Centraliser et harmoniser l'information sur un support unique

Mettre à disposition des informations facilement accessibles, compréhensibles et centralisées

Informers sur l'offre de soins, les pathologies, les traitements médicamenteux, les thérapies, l'aide aux aidants et les aides disponibles

CONSTAT N° 4

Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination des interventions dans le parcours de l'utilisateur

Problème(s)

Nous avons regroupé sous l'intitulé « accompagnement personnalisé », l'ensemble des éléments qui font référence au parcours du patient, aux ruptures et freins dans le parcours, à la nécessaire coordination des interventions des professionnels.

Ainsi, en résumé, les travaux de groupes ont mis en exergue, à la fois des éléments de rupture de parcours :

- Manque de communication entre les professionnels
- Prise en charge cloisonnée, manque de logique de continuum de prise en charge
- Difficulté pour les patients et leurs familles de comprendre les domaines de compétences de chaque professionnel, avec le sentiment de ne pas être écouté et aidé.
- Pour le patient il est parfois complexe de comprendre à qui s'adresser
- La stigmatisation par les professionnels (aux urgences, par les spécialistes, des médecins généralistes), les citoyens et l'auto-stigmatisation peuvent également expliquer les ruptures de parcours.

Ainsi que les périodes pouvant être plus sensibles dans le parcours de la personne et obligeant à envisager le parcours de ce dernier de manière coordonnée :

- Les **moments de crise** et de sa gestion, avec notamment la gestion de la coordination des interventions des secours et éventuellement des forces de l'ordre. Les professionnels et les familles seraient favorables à la création d'un centre de régulation et de gestion de la crise. Les familles et/ ou les équipes sociales se retrouvant parfois seules au domicile au moment de la crise. Les réponses sont actuellement limitées et peu adaptées.
- **Les sorties d'hospitalisation**, moment charnière dans le parcours du patient. Les équipes d'accompagnement en ville ne sont pas automatiquement prévenues de la sortie d'hospitalisation, les aides et les services nécessaires à la sécurisation du retour à domicile ne sont pas mises en place.
- **Le passage à l'âge adulte** : Les relais de prise en charge entre les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte pourraient être améliorés. Actuellement ces transitions ne sont pas toujours réalisées, pouvant aboutir à des ruptures de prise en charge.

La coordination du parcours de l'utilisateur est essentielle, elle permet d'éviter certaines hospitalisations, des passages aux urgences, optimise le recours aux soins et aux aides et surtout permet une meilleure qualité de vie aux patients.

Pour répondre à ces enjeux, plusieurs axes de travail ont été cités par les participants : développer la gestion de cas complexes en psychiatrie, mettre en place des référents parcours, former des IPA, développer la paire-aidance, favoriser et renforcer les initiatives de « Aller vers » (consultations avancées sur les lieux de vie, permanences de services sociaux, médico-sociaux dans les lieux d'accueil...).

Pistes d'actions

- **Développer des postes d'aidants à domiciles formés, des postes de case manager** à l'instar de ce qui se fait dans le cadre des MAIA, de « **référents patient** » dans les établissements de soins
- **Déployer des postes de « Job coach »** interne et externe aux entreprises pour favoriser le maintien dans l'emploi et l'accompagnement au retour à l'emploi
- **Développer les SAVS**

Ce qu'il faut retenir :

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a été novatrice en définissant le handicap comme une interaction entre les difficultés d'une personne et son environnement, ce qui amène aux concepts de compensation et d'accessibilité. Les personnes handicapées psychiques ont désormais droit à un accompagnement médico-social afin de compenser leurs restrictions de participation dans les différents domaines de la vie : l'habitat, la vie sociale, l'accès aux soins, l'accès à la culture et aux loisirs, l'emploi et la formation, la vie quotidienne et courante, etc. La notion d'accessibilité requiert un travail d'aménagement de l'environnement physique et humain.

Le rappel de la citoyenneté des personnes handicapées est un principe fondamental de la loi 2005-102 du 11 février 2005 et de la convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU), « relative aux droits des personnes handicapées¹ ». Le rappel de ce principe est au cœur de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale » qui reconnaît le droit des personnes à la participation individuelle à leur projet d'accompagnement et à la participation collective au fonctionnement de l'établissement ou du service. Il s'inscrit également dans la continuité de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs.

CONSTAT N° 5

Retard dans le repérage, le dépistage et les interventions précoces

Problème(s)

Dans le champ de la santé mentale et tout particulièrement en ce qui concerne les pathologies sévères et persistantes, il apparaît qu'une prise en charge précoce (et bien sûr adaptée) améliore considérablement le pronostic fonctionnel de la maladie et les possibilités de rétablissement des patients.

En effet, comme pour bon nombre de maladies chroniques, la nature et le délai du premier contact avec le dispositif de soins influent considérablement sur le futur parcours de soins du malade et sur son rétablissement. Pourtant on observe habituellement un recours aux soins tardifs et le diagnostic est souvent posé après un délai de plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes.

De nombreux travaux ont démontré que la plus grande attention devait être portée à la réduction du délai entre les premiers signes de la maladie, l'établissement d'un diagnostic et la mise en place d'une stratégie thérapeutique spécifique.

Ainsi, les toutes premières années d'évolution de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les possibilités de rémission sont les plus grandes et la réponse au traitement la meilleure.

À l'inverse les retards, si souvent constatés, constituent une perte de temps préjudiciable pour le malade avec des conséquences péjoratives (aggravation des symptômes, accroissement d'un déficit cognitif qui ne sera pas récupéré)

Cependant la traduction dans la pratique clinique reste difficile et les délais de prise en charge sont encore souvent trop longs et s'accompagnent d'effets délétères sur le cours évolutif de la maladie.

Par ailleurs les études montrent un délai de l'ordre d'une dizaine d'années entre l'apparition des premiers signes d'un trouble bipolaire et l'identification de ce trouble avec instauration d'un traitement spécifique.

En ce qui concerne les psychoses, et tout particulièrement les schizophrénies cet aspect est également préoccupant. Ces maladies qui surviennent et se développent habituellement entre 15 et 25 ans et qui évoluent pendant plusieurs années avant que les symptômes ne deviennent « bruyants » et invalidants ont fait l'objet de nombreuses études qui ont mis en évidence que le délai qui couvre la période allant des premiers symptômes psychotiques francs au premier traitement efficace (durées de psychoses non traitées ou encore des DUP pour « Duration of Untreated Psychosis ») est un marqueur fort du pronostic et dans le cas des schizophrénies la durée de psychose non traitée est évaluée à une moyenne de 2 ans au moment d'entrée dans les soins.

De manière générale, les retards diagnostics (et l'absence de traitement qui en découle) ont un impact péjoratif sur le pronostic de la maladie et la qualité de vie des personnes malades. Ils ont des effets délétères tant au niveau clinique que thérapeutique ou encore social.

Des réponses préconisées : comment lutter contre le retard au diagnostic.

- une meilleure information du grand public sur les maladies mentales, leurs facteurs de risque et leurs caractéristiques et leurs formes cliniques, leur évolution spontanée,

les traitements disponibles dans le cadre d'un effort général de déstigmatisation qui facilite l'accès aux soins.

- L'information et le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé de première ligne, médecins généralistes mais également médecins scolaires, médecins du travail, parce qu'ils sont plus faciles d'accès et que leur consultation est vécue comme moins stigmatisante. Ces professionnels sont à même de jouer un rôle central dans le dépistage et l'orientation des patients.
- L'organisation des parcours de soins articulant les différents niveaux de prise en charge entre médecine de première ligne (médecins généralistes), soins de recours (psychiatrie généraliste) et soins spécialisés (centres experts).
- Les avancées de la recherche avec une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques et l'identification de marqueurs (biologiques, cognitifs par imagerie cérébrale etc...) permettant d'améliorer les outils diagnostiques disponibles.

Pistes d'actions

- Former les professionnels de première ligne au repérage des premiers troubles et à leur orientation
- Développer l'offre de formations PSSM
- Améliorer la prise en compte de la parole des familles qui sont les premières à identifier les changements de comportements, les troubles
- Développer le « Aller vers » pour permettre une meilleure accessibilité aux soins
- Lutter contre la stigmatisation et l'auto stigmatisation pour éviter le retard d'accès aux soins

Ce qu'il faut retenir :

- Etayer les équipes de première ligne au repérage et à l'orientation des premiers signes
- Travailler sur les mécanismes de stigmatisation et auto stigmatisation
- Favoriser les articulations avec les services de soins

CONSTAT N° 6

Difficultés d'accès aux soins somatiques

Problème(s)

De très nombreuses études s'accordent pour conclure à une surmortalité et à une mortalité prématurée parmi les cohortes de personnes présentant une affection psychiatrique. Le taux de mortalité toutes causes confondues est 4,5 fois plus élevé que pour la population générale.

Le rapport de l'assurance maladie (juillet 2018) rappelle que « les pathologies en lien avec la santé mentale s'accompagne chez les personnes qui en souffrent d'une surmortalité globale et prématurée importante, ainsi que d'une réduction de leur espérance de vie ».

Bien au-delà de l'impact de la prévalence du suicide, la réduction de l'espérance de vie des patients atteints de pathologies mentales sévères est largement liée aux maladies cardiovasculaires, au diabète, à l'obésité, au tabagisme et aux conséquences délétères du syndrome métabolique (hypertension artérielle, surcharge pondérale, trouble des lipides et des glucides) qui représentent des comorbidités somatiques extrêmement fréquentes chez ces patients.

Une récente étude conduite par Santé Publique France portant sur la mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux en France et son évolution sur 14 années (2000 – 2013) rapporte que les 3 premières causes de décès des personnes ayant un trouble mental sont des causes cardiovasculaires (27,3 %), les cancers (18,1 %) et le suicide (11,1 %).

La question des soins somatiques est donc centrale quand on s'intéresse à la santé mentale. Un groupe de travail spécifique a été créé dans le cadre du PTSM afin d'envisager des propositions concrètes d'actions.

Plusieurs médecins psychiatres hospitaliers ont participé à ce groupe de travail, étant confrontés à des difficultés de prise en charge somatique des patients qu'ils accueillent. Cette difficulté se rencontre au sein même de l'établissement hospitalier entre les services de psychiatrie, les services des urgences et / ou les services de médecine mais également avec le secteur libéral. Les articulations entre le secteur libéral de médecine générale et les soins psychiatriques de ville ou hospitalier ? ne sont pas extrêmement développées. Chaque spécialité se concentre sur la problématique pour laquelle il est « compétent », le psychiatre pour la pathologie mentale et le médecin somaticien pour les aspects somatiques. Cependant les prises en charge ne peuvent être cloisonnées de la sorte.

Les participants aux groupes de travail regrettent également qu'il n'y ait pas de médecins somaticiens au sein des CMP. **Ce médecin pourrait procéder à un premier bilan et pourrait encourager le patient à déclarer un médecin traitant et à mettre en place le suivi somatique en ville.**

Les usagers qui participent aux travaux du PTSM rappellent que les traitements psychiatriques sont « lourds » et peuvent provoquer des effets secondaires importants. Une surveillance médicale sur le plan somatique est indispensable mais peu valorisée et difficile à organiser selon les patients (d'où l'intérêt de l'accompagnement personnalisé). L'accès à certains spécialistes peut être compromis pour des raisons économiques, de stigmatisation également.

Par ailleurs, il est à noter que parmi les personnes ayant des troubles de santé mentale des co-morbidités addictologiques peuvent se rajouter. Il faudra avoir une attention particulière pour intégrer cet aspect non négligeable dans les travaux du PTSM.

Pistes d'actions

- Développer des « micro structures » en santé mentale
- Développer des lieux de consultations pluridisciplinaires
- Développer le « Aller vers » en favorisant :
 - Les consultations psychologiques, psychiatriques dans les MSP et pôles de santé
 - Les consultations psychologiques, psychiatriques et somatiques dans les lieux d'accueil type accueil de jour de nuit,
 - Les consultations soins somatiques en CMP
 - Les permanences services sociaux, associations tutélaires dans l'accueil de jour, de nuit, lieux accessibles et non stigmatisants
- Développer les équipes mobiles
- Développer l'Activité physique sur ordonnance
- Promouvoir les lignes « hotline Psychiatrie » auprès des professionnels médecins généralistes
- Favoriser les liens entre médecine de ville, médecins généralistes, spécialistes et autres professionnels de santé libéraux d'une part et les professionnels des structures de santé d'autre part
- Maintenir et développer les centres dentaires dans les hôpitaux
- Améliorer le suivi somatique par les psychiatres concernant au moins, les effets secondaires des traitements

Ce qu'il faut retenir :

- Développer et favoriser les initiatives de « Aller vers »
- Encourager le suivi somatique pour les personnes ayant un traitement médicamenteux (effets secondaires)
- Inciter les personnes à déclarer et à consulter un médecin traitant
- Améliorer, faciliter les liens entre les psychiatres et les médecins généralistes

CONSTAT N° 7

Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers, des familles (Empowerment, lutte contre la stigmatisation)

Problème(s)

Le principe de démocratie sanitaire a été initié par la loi du 4 mars 2002, dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle donne notamment le droit au patient d'avoir un accès direct à son dossier médical et cette loi introduit la notion empowerment des patients. Elle renforce leur droit de communication, d'information et d'action.

Par la suite deux nouvelles lois ont renforcé la démocratie sanitaire et l'implication des patients : la loi HPST et la loi du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé » qui rend obligatoire la présence d'usagers au sein des instances décisionnelles. Malgré ses récentes avancées, les droits des malades sont encore peu pris en compte dans leur parcours de soins.

Certains professionnels sont en résistance face à la montée en puissance des notions de rétablissement et d'empowerment qui amènent à s'appuyer sur les personnes vivant avec la maladie pour en faire les acteurs centraux de leurs soins et de leur guérison (la reconnaissance du savoir expérientiel de la personne vivant avec un trouble psychique a encore du mal à être accepté.)

Ainsi il apparaît que l'accent doit être mis sur le respect de la dignité et des droits des malades avec priorité donnée à leur autonomie et à la volonté de favoriser l'inclusion sociale. En effet les personnes souffrant de maladies mentales sont encore souvent perçues sous l'angle de leur handicap sans réelle prise en compte de leurs capacités d'autonomie, de leurs attentes et de leur aptitude à tenir un rôle de partenaire actif.

Dans cet esprit il apparaît que le concept de « démocratie sanitaire » suppose une structuration des échanges entre les professionnels et les usagers des dispositifs de soins. De la même façon, cette question concerne la place accordée aux familles dans le parcours de soins qu'il s'agisse de la prise de décision médicale ou juridique mais aussi dans l'écoute de leur vécu, de leurs observations, de leur vulnérabilité mais aussi de leurs ressources.

L'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur leur état de santé et leur parcours de soins a été particulièrement signalé par l'organisation mondiale de la santé dans différents rapports.

De nombreuses études montrent clairement que les personnes ayant une maladie psychique expérimentent très souvent des situations de discrimination négative et tout particulièrement dans leurs relations avec les membres de leur famille et avec leurs proches mais aussi pour rechercher ou conserver un emploi, pour rechercher ou conserver des amis ou encore dans le domaine des relations intimes. (Étude INDIGO – G.Thornicroft)

Un aspect tout à fait important de ces recherches est la mise en évidence d'un comportement particulier des personnes interrogées et qui consiste à ne pas s'exposer dans des situations où elles pourraient être victimes de discrimination. Cela les amène à se limiter elles-mêmes pour des activités et pour des démarches qu'elles jugent par ailleurs importantes pour elles. **Ainsi à côté de la discrimination vécue ou expérimentée, on observe un type d'attitude appelée discrimination anticipée ou évitée.** L'auto stigmatisation, qui se traduit par cette tendance à éviter les situations qui suscitent la crainte du rejet, est étroitement liée à l'intériorisation de stéréotypes négatifs.

Ces dernières années, différents outils ont été mis à disposition des cliniciens afin d'identifier et de mesurer ces phénomènes de stigmatisation et d'auto stigmatisation. Plusieurs échelles spécifiques, le plus souvent issues de pays anglo-saxons puis traduites et validées en français ont permis de mieux cerner cette problématique.

Elles ont également contribué à la structuration des campagnes de lutte contre la discrimination en santé mentale. L'information de la population est essentielle. C'est en effet la condition première pour améliorer la prévention et la détection précoce des troubles, ultérieurement de favoriser le recours à des aides et l'adhésion à des programmes de soins.

Enfin, on assiste, ces derniers temps, au développement de modules psycho-éducatifs destinés à réduire la stigmatisation internalisée, ce qui apparaît être un élément déterminant dans le projet de rétablissement et d'empowerment du patient.

Au niveau Européen « l'empowerment des usagers et des aidants » constitue l'une des cinq priorités définies par le plan d'action d'Helsinki pour la Santé Mentale en Europe, signé en 2005 par les Ministères de la Santé de 52 pays sous l'égide de l'OMS⁸.

Initié en 2009, le programme de partenariat entre la Commission européenne et l'OMS sur l'empowerment en santé mentale, a permis un consensus autour de la définition suivante : « *L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements* ». ⁹

Dans l'introduction du dossier Santé de l'homme consacré à « l'empowerment et Santé Mentale » nous pouvons lire : « *...On reconnaît aujourd'hui dans cette démarche volontaire d'appropriation du pouvoir sur sa vie, un principe fondamental pour la promotion de la santé en général, et pour les personnes utilisatrices de services en santé mentale en particulier. En effet, si le patient n'est pas considéré d'abord comme une personne, si sa liberté et sa dignité ne sont pas respectées, si son opinion n'est ni entendue ni prise en compte sous prétexte qu'il est « fou » et ne peut donc avoir aucun avis pertinent sur sa propre existence, alors il est impossible et illusoire d'envisager une démarche de promotion de la santé ou un projet de vie.* »¹⁰

Malgré tout, le défaut de prise en compte de la parole de l'utilisateur, de la place et de la parole de la famille, tant au moment de l'apparition des premiers signes de changement de comportement, que dans le parcours de soin a été évoqué dans les groupes « **Repérage précoce/ Accès aux soins** », « **Parcours/rétablissement et inclusion sociale** » et corroborer par le groupe « **des usagers** ».

Plusieurs constats ont été faits pour argumenter la situation :

- Les familles souvent les premières observatrices de changements, de manifestations de troubles mais ne sont pas toujours entendues par les professionnels
- Le patient n'est pas toujours intégré, convié par les équipes dans les réunions de synthèses les concernant
- Les compétences et les capacités des usagers ne sont pas reconnues

Ces situations ont pour effet de retarder, de rendre difficile le repérage, le diagnostic et la prise en charge des patients. La reconnaissance, la légitimation de la parole des familles et des usagers permettrait de faire évoluer les représentations, les préjugés des professionnels, de diminuer le sentiment de stigmatisation voir d'auto stigmatisation des usagers et de leur entourage, d'autant que les mécanismes de la maladie provoquent sentiment de culpabilité, déficit de confiance en soi, l'amointrissement de la protection émotionnelle.

⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

⁹ <http://www.psycom.org/Espace-Press/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale>

¹⁰ Santé de l'homme n° 413 – Mai-Juin 2011 - INPES

Pistes d'actions

- Développer et Promouvoir les GEM, des associations d'usagers et d'aidants
- Créer et développer des outils favorisant la capacité des familles, des usagers et des professionnels pour une meilleure connaissance de la maladie et lutter contre la stigmatisation
- Amplifier les activités de réhabilitation Psychosociales, notamment la psychoéducation
- Accompagner et soutenir les équipes soignantes et des patients dans l'élaboration du plan de crise patient
- Augmenter l'offre de programmes d'Education Thérapeutique du Patient
- Intégrer le patient, dans la mesure du possible, aux réunions de synthèses des équipes

Ce qu'il faut retenir :

« Ma santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale. Cet objectif inscrit dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie, figure également dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui priorise l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture.

- Développer les GEM, les associations d'usagers et les accompagner dans leurs missions
- Soutenir et renforcer l'offre d'activités de réhabilitation et de rétablissement

CONSTAT N° 8

Besoin d'évolution des politiques publiques et des organisations

Problème(s)

Sous cet intitulé nous avons regroupé l'ensemble des éléments interrogeant les organisations, les cadres réglementaires, les répartitions géographiques des services souhaitaient à la fois par les professionnels, les usagers, ne relevant pas directement de l'élaboration de fiches actions mais plutôt de décisions de la part du/des législateurs.

Ainsi la politique de secteur, dans sa mission d'approche globale de la prise en charge depuis la prévention des troubles psychiques jusqu'à l'inclusion sociale des personnes vivant avec des troubles sévères, s'est appuyée sur les principes de continuité, de proximité et d'accessibilité des soins.

À ce jour d'autres attentes sont exprimées par la communauté et tout particulièrement les notions de disponibilité, de réactivité et de mobilité. Par ailleurs le savoir-faire du secteur de psychiatrie est centré sur le soin et la loi de modernisation de notre système de santé (janvier 2016) à vocation par la mise en place des projets territoriaux de santé mentale à élargir ce champ à l'ensemble des aspects qui contribuent à la santé mentale : éducation, travail, justice etc...

Au-delà du secteur et du soins, le PTSM a aussi pour ambition de décloisonner les politiques publiques et de fédérer l'ensemble des acteurs de la vie civile autour des questions de santé mentale. Pour un meilleur parcours de soins, une meilleure inclusion sociale et une meilleure qualité de vie pour les patients et leurs entourages.

Les groupes de travail ont mis l'accent sur 3 sujets problématiques :

- La complexité et la lenteur des démarches administratives
- La difficulté du maintien et du retour à l'emploi
- La difficulté d'accès au logement

De manière générale **les démarches administratives** sont complexes, longues avec un grand nombre d'institutions, d'administrations (MDPH, Assurance Maladie..) ce qui rajoute de la difficulté et de l'anxiété aux personnes atteintes de handicap psychique sans compter quand elles se rajoutent à un défaut d'information. Ces situations peuvent engendrer des retards de traitement de dossiers, de prise en charge du handicap, d'attribution d'allocations, de pensions, d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pouvant mettre les personnes concernées dans des situations très difficiles, voire de renoncements aux soins, à leurs droits.

Le groupe des usagers a porté une attention particulière sur **le maintien et le retour à l'emploi**. En effet les personnes atteintes de troubles psychiques sont particulièrement désavantagées pour accéder à l'emploi en général. Aujourd'hui la complexité du circuit administratif pour accéder ou réintégrer un emploi est complexe, long et qualifié de « parcours du combattant » par les usagers.

Quant à l'accès au logement les difficultés sont toutes aussi importantes, liés au coût des logements, à la frilosité des bailleurs et au manque de logements adaptés.

Ainsi, en résumé, les travaux de groupes ont retenu :

Pistes d'actions

- Pouvoir bénéficier d'actes paramédicaux remboursés sur prescription – consultations de psychologues, de diététiciennes, de psychomotriciens
- Etendre la bonification pour soins dentaires accordée pour soigner les bénéficiaires de la PCH, aux bénéficiaires de l'AAH pour motif psychiatrique et de l'ALD Psychiatrique
- Revaloriser la consultation de Médecine Générale en consultation complexe ; aujourd'hui seule la consultation de repérage TSA chez les enfants < 6 ans et la Consultation Annuelle de suivi de l'enfant existent pour les praticiens.
- Déployer le dispositif « Sport sur ordonnance » à destination des personnes atteintes de troubles psychiques
- Promouvoir, optimiser l'utilisation du DMP par les professionnels afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins. Nécessité d'accompagner – accompagnement technique et pédagogique - les patients dans la création de leur DMP.
- Etudier la perspective de création de coffre-fort numérique permettant au patient atteint de problèmes de santé mentale d'archiver et de retrouver ses documents administratifs. Comme pour le DMP il y aurait nécessité d'accompagnement pour faire le meilleur choix en fonction des besoins et des moyens du patient.
- Développer des plages de consultations médicales d'urgence au sein des CMP afin d'évaluer, orienter et sécuriser le patient pour lui assurer un parcours de soin optimal
- Accroître l'offre de logement autonome et une offre de logement adapté au regard des besoins des patients (ex : un chez soi d'abord, les pensions de famille, les résidences accueil)
- Simplifier, réduire le parcours de retour à l'emploi

Ce qu'il faut retenir :

- Simplifier les démarches administratives en général
- Promouvoir les concepts de la réhabilitation et du rétablissement, le plus largement possible pour faire évoluer les représentations et les organisations actuelles
- Rembourser les soins paramédicaux (sur prescription)
- Favoriser le décloisonnement des politiques publiques pour une meilleure prise en compte des enjeux de santé mentale (logement, emploi, scolarité, culture, vie sociale etc.).

CONSTAT N° 9

Nécessité de développer des actions, des programmes de promotion de la santé Mentale

Comme la Santé ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, la Santé Mentale ne se résume pas en l'absence de troubles ou de handicaps mentaux.

La santé mentale est une composante essentielle de la santé, un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ¹¹.

De multiples déterminants peuvent influencer la santé mentale : les facteurs d'ordre sociaux, psychologiques et biologiques, mais aussi plus largement le contexte socio-économique et l'environnement dans lequel les individus vivent, sachant que ces déterminants s'influencent mutuellement de façon dynamique. Ainsi les risques en santé mentale se présentent à tous les stades de la vie.

Le groupe « *Agir sur les déterminant sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale* » a identifié dans un premier temps « **les déterminants, qui selon lui influençaient négativement/positivement la santé mentale d'une personne à un moment donné** ». Ainsi ont été admis :

Les comportements et habitudes plus particulièrement les conduites addictives en général avec une attention particulière sur les addictions sans produit, notamment les écrans. Constatées dès le plus jeune âge mais aussi chez les adultes (modèle) et les adolescents et les consommations de substances psychoactives notamment chez les adolescents peuvent être à l'origine du déclenchement, de la persistance de maladies mentales

Le contexte social et économique, problème d'offre, d'accès et de précarité d'emploi (problème de mobilité, de garde d'enfant), la précarité affective et relationnelle familiale et/ou amicale, l'éclatement familial, le manque de soutien à la parentalité, de relation parents/enfants sont autant de source de pertes de repères, d'isolement, de dépression et d'insécurité notamment pour les familles les plus en difficulté.

A quoi peuvent être rajoutées les violences intra familiales auxquelles sont exposés les enfants, les violences, le harcèlement, notamment en milieu scolaire, le sentiment de stigmatisation, dévalorisation, discriminations, d'une société considérée comme normative, rejetante à l'égard des personnes différentes.

L'accès à la culture et à l'instruction, le décrochage scolaire, difficultés d'accès à l'information, la culture, les loisirs, fracture numérique.

Les environnements physiques et structurels, les conditions d'accès, de maintien dans un habitat digne (loyers élevés, exigüité, insalubrité, isolement thermique et phonique des habitations), l'organisation des infrastructures, offre de transport en commun insuffisante ou mal adaptée, difficulté d'accès aux soins, cadre de vie bruyant, incivilités générant des problèmes de sommeil.

Ainsi pour les personnes atteintes de troubles psychiques, les déterminants cités ci-dessus, ont, pour le groupe, un impact amplifié. En effet ces personnes peuvent rencontrer des difficultés accrues :

- **En matière professionnelle**, accès et maintien dans l'emploi, manque d'offre, manque d'accompagnement des personnes et des employeurs, adaptabilité des postes de travail

¹¹ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- **En matière économique**
- **En matière d'accès, de maintien au logement**, loyers élevés, mal logement, frilosité des bailleurs, des institutions bancaires
- **En matière de vie sociale et affective**, la précarité relationnelle familiale/amicale due au handicap mal compris, accepté par l'entourage, problème de stigmatisation voir d'auto stigmatisation. La parentalité des personnes malades est en « sursis » dès que le diagnostic de la maladie est posé (droits parentaux, quels accompagnements dans la parentalité pour les parents souffrant de troubles psychiques ? ...).
Les problèmes d'accès au transport en commun pour les personnes qui ne bénéficient pas de leur gratuité (taux de handicap) sont un frein à une vie sociale et relationnelle, l'accès à différents services
- **En matière d'instruction, de culture**, problème d'accès, de maintien dans la scolarité qui manque d'accompagnement individualisé, les difficultés d'accès aux activités sportives, culturelles et de loisirs liés aux problèmes économiques quand la PCH n'est pas accordée.

Le groupe a eu comme parti pris d'aborder les déterminants de santé de la population générale au travers de l'approche « **trajectoire de vie** », « **Parcours de vie** » : enfance – adolescence – adulte. Les travaux se sont orientés vers l'identification, au travers de ce parcours, des actions existantes qui pourraient être mises en œuvre en fonction de celui-ci.

Pistes d'actions

Période périnatale

- L'entretien prénatal précoce, un entretien, individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, et qui doit se dérouler, de préférence, durant le premier trimestre de la grossesse
- Programme PRADO Maternité (CPAM) facultatif : Programme d'accompagnement du retour à domicile pour la prise en charge de la mère et de l'enfant, par une sage-femme choisie par la mère,
- Consultation d'Information de Conseils et d'Orientation des femmes suivies pour troubles psychiques, enceintes, ou avec désir d'enfant – CICO – GHU Paris
- PANJO : Programme de promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveaux-nés et de leurs Jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI.

Période enfants

- **Les Programmes de Soutien aux familles et à la Parentalité : PSFP 3-5 ans et PSFP 6-11 ans**, programmes de renforcement des compétences parentales, des compétences psychosociales des enfants et du lien familial, fondés sur des données probantes (preuves scientifiques) validés en France
- **Le Programme Good behavior Games (GBG)** : un programme de développement des compétences psycho-sociales des enfants de l'école élémentaire pour renforcer les facteurs de protection de long terme face aux addictions et aux risques psychosociaux, apaiser le climat scolaire pour favoriser le bien-être à l'école, conditions propices aux apprentissages, fondé sur des données probantes (preuves scientifiques)
- **Les Référents(es) des familles** : D'un centre social (ou d'un espace de vie sociale) ont pour mission d'assurer la coordination de l'ensemble des actions collectives ou individuelles et des services relevant du champ de la famille et de la parentalité, en cohérence avec le projet social de l'établissement. (cf Textes CAF)

Période Adolescence : 11/18 ans

- **Le Programme Unplugged** : un programme de prévention universelle des consommations de substances psychoactives (SPA) en milieu scolaire. Son objectif

est de réduire l'expérimentation et la consommation de SPA (tabac, alcool/ivresse, cannabis) chez les collégiens de 11 à 14 ans.

- **Le Programmes de Soutien aux familles et à la Parentalité : PSFP 12/16 ans** programmes sélectifs ou indiqués de prévention des conduites addictives (actuellement en test)
- **La Formation repérage de la crise suicidaire**, des acteurs de première ligne.

Période Adolescence : > 18 ans

- **La Formation PSSM** : pour tous les acteurs du logement et de l'emploi
- **Les cafés citoyens** : exemple centre social Harjès ou certains conseils citoyens qui proposent des activités de lien social
- **Offre d'activité physique facile, offerte** : Déclinaison du Programme Activités Sénior (PAS) d'Azur Sport Santé sur d'autres populations
- **Stress, condition de travail** : recherche d'action de Promotion de la Santé au travail
- A l'instar de la Formation de « la gestion du stress généré par les situations rencontrées dans le cadre professionnel » pour les agents du CCAS de Roquebrune Cap Martin élargi aux agents communaux, aux professionnels d'aide à domicile, aux travailleurs sociaux (Initiative du SSIAD)

Personnes âgées / grand âge

De nombreuses initiatives sont déclinées dans les Alpes Maritimes en direction des personnes âgées que ce soit par le Conseil Départemental, la CARSAT, les CCAS qu'il faudra s'attacher à recenser l'existant.

Ce qu'il faut retenir :

- Aborder la prévention de la santé sous l'angle des parcours de vie
- Insuffler des dynamiques, des stratégies intersectorielles
- Intervenir le plus précocement possible dès la période prénatale
- Diffuser plus largement les programmes à données probantes
-

7. CONCLUSION

En synthèse, le département des Alpes Maritimes est un territoire singulier composé d'une bande littorale densément peuplée, d'un moyen pays attractif pour les jeunes foyers du fait des coûts du logement moindres et d'un haut pays reclus, isolé et difficile d'accès.

L'offre médicale et paramédicale y est satisfaisante mais vieillissante et inégalement répartie avec une forte proportion de professionnels installés sur le littoral.

La visibilité de certains professionnels - infirmiers psychiatriques, psychologues - est réduite (inexistence d'un répertoire territorialisé) et ne permet pas d'apprécier les possibles recours à une offre paramédicale.

Les indicateurs socio-démographiques montrent une population âgée et des inégalités sociales marquées. Certains territoires cumulent les fragilités économiques, sociales et des conditions de vie plus éprouvantes. Ces facteurs ayant un impact fort sur la santé mentale des personnes.

L'analyse des ressources disponibles fait état d'un sous équipement en lits et places en psychiatrie adultes, en psychiatrie infanto juvénile ainsi qu'en structures médicosociales. Les places disponibles sont elles aussi inégalement réparties, surtout à l'ouest du département particulièrement sous-équipé en ESMS médicalisés. Pour les enfants et adolescents, l'offre médico-sociale en général est très insuffisante, et encore moindre à l'est du département.

Pour finir, de nombreuses données sont accessibles, le plus souvent de manière éparse, pas toujours actualisées ni territorialisées. Elles ne permettent pas toujours d'apporter un éclairage sur les capacités à répondre aux besoins des publics concernés. Cet aspect témoigne globalement d'une difficulté de visibilité et de lisibilité de ces ressources.

Cet état des lieux, dressé à partir des indicateurs socio-démographiques est partagé par les professionnels, les usagers et les familles ayant participé aux travaux de groupes. Les travaux de groupe ont permis d'amener des précisions au diagnostic et d'apporter des éclairages sur la nature des problématiques rencontrées :

- Manque de lisibilité et de la difficile compréhension des aides et ressources disponibles
- Manque d'offre de soins « hors les murs »
- Faible recours aux pratiques de rétablissement et réhabilitation psychosociale
- Insuffisance de formation des professionnels sur les questions de santé mentale
- Insuffisance d'implémentation d'actions et de programmes probants de prévention et de promotion de la santé mentale notamment dès le plus jeune âge
- Prises en charge tardives par manque de repérage précoce et d'orientations adaptées.

C'est à partir de ce diagnostic, mêlant des données de territoire et des données qualitatives que les groupes de travail ont élaboré les pistes d'actions et ont priorisé les fiches actions à inscrire dans le PTSM 06.

8. PRIORISATION DES PISTES D' ACTIONS

Le Projet territorial de Santé Mentale, comme le prévoit les textes, va constituer la feuille de route des actions prioritaires en matière de santé mentale. Pour rendre cette feuille de route plus opérationnelle, le nombre d'actions, de projets inscrits dans le cadre du PTSM sera limité à 15-20.

L'étape de priorisation a été réalisée par chaque groupe, chaque membre des groupes devait « voter » pour les 2 ou 3 actions qui lui semblaient prioritaires au regard des critères suivants :

- Faisabilité du projet
- Pertinence du projet par rapport à la situation locale
- Opportunité locale de mise en œuvre
- Cohérence avec les orientations nationales (feuille de route santé mentale) et régionales (PRS)

Les pistes d'actions identifiées par les sept groupes de travail sont présentées dans le tableau ci-dessous. Les fiches actions découlent de ces pistes de travail prioritaires (cf chapitre suivant).

Intervention précoce, accès aux services

- Formation initiale et continue au "repérage précoce des premiers troubles et à l'orientation"
- Développer des micro structures en santé mentale
- Développer le "aller vers"

Parcours, rétablissement et inclusion sociale

- Création de centre de proximité de réhabilitation psychosociale
- Développer le "Aller vers"
- Renforcer les CLSM
- Création de postes de gestionnaires de cas en santé mentale

Soins somatiques

- Développer le "Aller vers"
- Proposer des bilans soins somatiques en CMP
- Développer le partenariat avec les CSAPA

Gestion de la crise

- Création de structures alternatives à l'hospitalisation et/ou post hospitalisation
- Développer le "Aller vers"
- Renforcer les CLSM
- Développer une plateforme téléphonique de régulation/coordination de la crise

Droits des usagers et stigmatisation

- Développer l'aide aux aidants: groupes de paroles, cafés des aidants, programme de formation Profamille , Profamille fratrie, Programme PACT

Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux

- Soutenir le mise en place de PANJO
- Développer les programmes GBG et PSFP le plus largement possible
- Développer des programmes de prévention et de santé au travail

Usagers

- Création d'une plateforme d'information sur les droits, les aides, la pathologie pour les usagers et les familles
- Bénéficier de consultations de psychologues, diététiciens remboursées sur prescription
- Créer un dispositif d'annonce, de suivi et de parcours en établissements de soins
- Pouvoir bénéficier d'auxiliaires de vie formées en sortie d'hospitalisation

9. FICHES ACTIONS ET DOSSIERS D'INTENTION DU PTSM 06

Ce chapitre est consacré à l'ensemble des fiches actions et dossiers d'intention rédigés par différents porteurs du département.

Les fiches actions relevant d'actions, de programmes qui pourraient être rapidement mis en œuvre s'ils étaient retenus,

Les dossiers d'intention relevant d'actions, de programmes qui nécessitent une étude de faisabilité sur le/les territoires concernés avant que de pouvoir être mis en œuvre et proposés sous forme de fiche action.

Les documents sont répartis selon les différents axes de la feuille de route en santé mentale et de la psychiatrie qui s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé¹², en particulier avec ses axes majeurs d'actions que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant **37 actions** selon **trois axes** :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

¹² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf



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 – DOSSIERS D'INTENTION



Projet Territorial en Santé Mentale DOSSIER d'INTENTION

Intitulé du projet : Expérimentation et implantation du programme « Unplugged » dans les Alpes Maritimes. (Programme de prévention des conduites addictives destiné aux collégiens de 12 à 14 ans) du projet :

1. Informations Générales

Nom de la structure	Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie 06
Nom du représentant légal de la structure	Lionel Clot, directeur des établissements de l'ANPAA 06 et 83
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Vincent Laroche, chef de service et coordonnateur du projet
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	37 boulevard carabacel 06000 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@lionel.clot@anpaa.fr ☎04.93.62.62.10
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@vincent.laroche@anpaa.asso.fr ☎04.93.62.62.10
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée ».)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>
---	--

	<input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins <input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Période de réalisation de l'étude de faisabilité	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

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) :

3. Description de l'étude de faisabilité & 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...)

Le concept de santé mentale permet d'aborder la consommation de substances psychoactives en rendant compte des interactions complexes entre la situation psychique de la personne et l'usage de substances. Il permet d'intégrer aussi l'importance de l'environnement social dans la prise en compte et la gestion des problématiques addictives.

Le nouveau plan gouvernemental de mobilisation contre les conduites addictives coordonné par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives, place l'École comme un acteur de premier plan dans la politique de prévention des conduites addictives.

Le dispositif EnCLASS (Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances - 2018) a permis d'interroger plus de 20 000 collégiens et lycéens représentatifs des adolescents scolarisés en France métropolitaine âgés de 11 à 18 ans.

Les résultats obtenus chez les collégiens, indiquent :

- Concernant la consommation d'alcool, « plus de 4 collégiens sur 10 (44,0 %) ont déjà bu de l'alcool lors de l'entrée en 6e et ils sont plus des trois quarts (75,3 %) à la fin du collège, en classe de 3e. Tous niveaux de classes de collège confondus, 6 élèves sur 10 déclarent avoir déjà consommé une boisson alcoolisée et 1 sur 10 indique une ivresse alcoolique. Les garçons sont toujours plus concernés que les filles, qu'il s'agisse de l'expérimentation de l'alcool (63,6 % vs 56,3 %) ou de celle de l'ivresse (10,5 % vs 8,0 %).
- Pour le tabac, les niveaux sont très inférieurs mais progressent rapidement. Ainsi, alors que 7,6 % des collégiens de 6e déclarent une expérimentation du tabac, leur part a quasiment quintuplé en classe de 3e atteignant 37,5 %. C'est surtout entre les classes de 5e et de 4e que s'accélère la diffusion du tabagisme lequel passe de 14,0 % à 26,1 %. Lors de ce premier cycle du secondaire, l'expérimentation du tabac des garçons est plus importante que celle observée chez les filles : 23,5 % vs 18,8 %.
- Quant à la consommation de cannabis, celle-ci ne « s'amorce qu'en classe de 4e avec une expérimentation se situant alors à 7,7 % et doublant pour atteindre 16,1

% en classe de 3e. Comme pour les substances licites, on observe une consommation masculine supérieure : 7,8 % des jeunes garçons indiquent cet usage au cours de la vie contre 5,5 % des filles. » (*Usage d'alcool, de tabac et de cannabis au collège et au lycée. Publication des premiers résultats de l'enquête En CLASS 2018 - Communiqué de presse, OFDT, 11 juin 2019*).

Il est à noter que ces résultats, mis en perspective avec ceux des études précédentes (2014), montrent un recul global des usages.

L'expérimentation et la diffusion des substances psychoactives au collège s'avèrent particulièrement soumise aux influences sociales. Les nouveaux dispositifs de prévention des conduites addictives, prennent en compte cette dimension psychosociale et facilitent l'acquisition, par les élèves, de savoirs et de compétences psychosociales protecteurs dans la gestion des comportements de consommation de substances psychoactives.

La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) et Santé publique France, ont sélectionnés 5 programmes de prévention des conduites addictives à destination des jeunes ; parmi eux, deux programmes, *Unplugged* et *Avenir sans tabac*, ont montré des bénéfices significatifs en termes de prévention des consommations de substances psychoactives.

La mise en œuvre de ces programmes est réalisée « par une communauté enseignante et de santé formée à la prévention et au développement des compétences psychosociales, et comprenant des ressources pédagogiques qui permettent leurs mises en place. Ces programmes s'appuient sur le diagnostic de territoire, s'adaptent au besoin du public cible et sont mis en place par la communauté éducative dans le cadre du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté » (<https://eduscol.education.fr/cid46870/la-prevention-des-conduites-addictives-en-milieu-scolaire.html>)

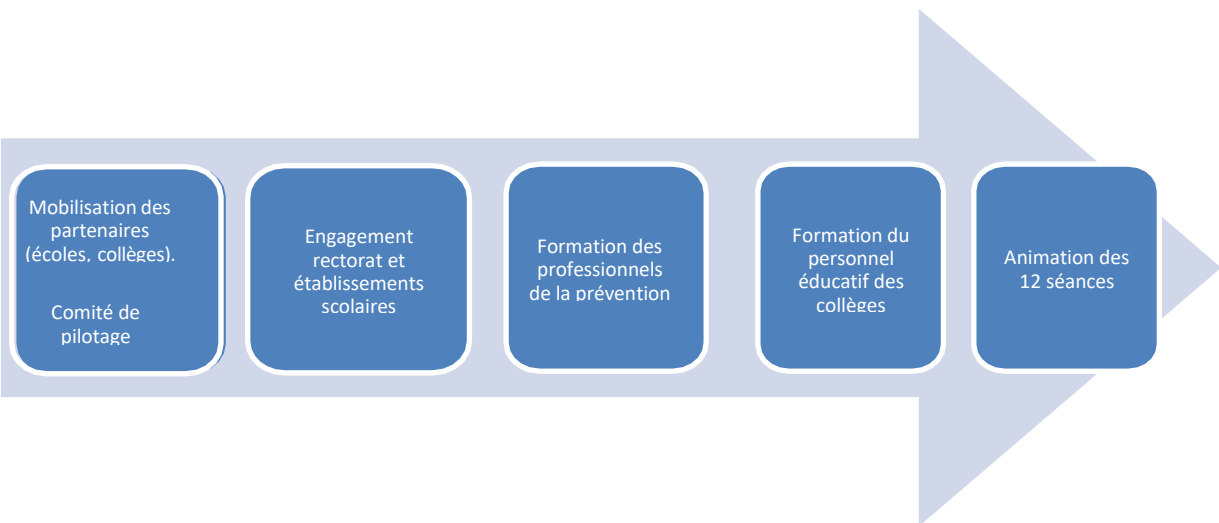
Ces programmes, validés scientifiquement, doivent être mis en place de manière fidèle, cependant des adaptations, à la marge, peuvent être nécessaires pour augmenter leur acceptabilité sur un territoire. Ils doivent obtenir l'adhésion des parties prenantes et s'inscrire dans le paysage local institutionnel et partenarial.

Le programme « Unplugged » a été développé, mis en œuvre et évalué grâce à une étude multicentrique dans 7 pays d'Europe. Il est destiné aux élèves de 12 à 14 ans. Il met l'accent sur la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et l'usage des écrans. « Ce programme favorise les aptitudes intra-personnelles des collégiens (confiance en soi, expression de soi, respect des autres). Il invite également à décrypter les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances sur les produits et leurs effets. Il encourage enfin le développement des habiletés interpersonnelles de communication, d'affirmation et de conciliation ». Il comprend 12 séances interactives, d'une heure environ, programmées tout au long de l'année scolaire, animées par un binôme communauté éducative - professionnel de la prévention.

Ce programme est en cours d'expérimentation et de déploiement en France. Dans le Loiret, son évaluation a montré « une efficacité à court terme de l'adaptation du programme sur l'usage de substances psychoactives (consommation récente et initiation) », ainsi qu'un « effet bénéfique sur les déterminants psychosociaux ciblés par les activités du programme. Cette évaluation relève que les effets positifs du programme semblent plus importants pour les collégiens sur lesquels pèsent certains facteurs de risque (permissivité parentale relative à leur consommation de SPA, faible niveau scolaire rapporté, environnement socioéconomique défavorisé) » (Santé Publique France)

B. Description du projet à l'étude :

- **Intitulé du projet à l'étude**
Expérimentation et implantation du programme « Unplugged » dans les Alpes Maritimes
- **Objectif général**
Prévention des conduites addictives en milieu scolaire
Prévenir et retarder l'entrée dans la consommation de produits addictifs des collégiens de 12 à 14 ans par l'expérimentation du programme « Unplugged » – programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire.
- **Objectifs opérationnels ***
 - Etudier la faisabilité / la pertinence d'implanter le programme dans le département des Alpes Maritimes
 - Promouvoir le programme auprès des partenaires pour l'expérimentation
 - Former une équipe de professionnels de la prévention à la mise en place et à l'animation du programme « Unplugged »
 - Développer les connaissances et les compétences de l'équipe éducative / encadrante de l'établissement
 - Mettre en place les 12 ateliers de prévention auprès des collégiens
- **Plan opérationnel /description déroulement du projet (si possible)**



- Création d'un comité de pilotage chargé de la conduite de l'expérimentation du programme « Unplugged ». Il réunira les partenaires institutionnels impliqués dans la mise en œuvre du projet : ARS MILDECA, Éducation Nationale, ANPAA (porteur du projet). Son rôle sera de coordonner les différents acteurs, d'identifier les établissements scolaires et les équipes volontaires.
- Présentation du programmes « Unplugged » aux équipes concernées (communauté éducative, professionnels de santé) chargées de l'animation du programme
- Formation des équipes (communauté éducative, professionnels de santé). Formation assurée par un des organismes nationaux agréés. (L'APLEAT-ACEP, La Sauvegarde 71, Le CSAPA Victor Segalen, Le Souffle 64, l'OTCRA).

La formation se déroule en deux temps :

- 1/ Formation des équipes de professionnels de la prévention (3jours)
- 2/ Formation des équipes éducatives (2jours)

- Mise en œuvre du programme de 12 séances interactives, d'une heure environ, programmées tout au long de l'année scolaire pour chaque classe, animées par un enseignant et un professionnel de la prévention.
- La mise en œuvre du projet est prévue sur deux années scolaires. Une première année préparatoire comprenant notamment la formation des équipes (formation des professionnels de la prévention en Mars-Avril et formation des personnels de l'Education Nationale en Mai-Juin). Une deuxième année pour la réalisation du programme. Les professionnels de la prévention accompagnent l'équipe éducation nationale pendant 4 ans. Une coanimation est prévue à 100% la 1^{ère} année, 50% la 2^{ème} année, 25% la 3 et la 4^{ème} année.

- **Bénéficiaires**

- Collégiens (12-14 ans) de 6^{ème} et 5^{ème}
- Les enseignants des établissements impliqués

- **Place des usagers/des familles**

La démarche est interactive et participative, à partir d'exercices, jeux de rôles... Le programme prévoit la possibilité de deux séances d'animation avec les parents.

- **Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti**

Département des Alpes Maritimes. Le choix des établissements et le nombre de classes seront à préciser par le comité de pilotage.

- **Modalités de suivi**

- Réunions du comité de pilotage trimestrielles
- Utilisation du Guide d'implantation de la Fédération addiction à paraître en 2021
- Préparation et débriefing de chaque séance par chaque binôme d'animateurs

- **Critères et indicateurs d'évaluation : évaluation de Processus ; résultats attendus (si possible)**

- Nombre d'établissements
- Nombre de classes
- Nombre d'élèves
- Nombre de professionnels volontaires
- Secteur d'activité des professionnels impliqués
- Nombre de programmes réalisés

- **Etude de faisabilité**

- Objet de l'étude de faisabilité

Etude des partenariats, des besoins, acceptabilité du projet par les acteurs notamment l'Education Nationale, le service de promotion de la santé en faveur des élèves et le/les établissement(s) d'implantation.

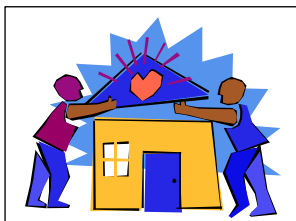
- Calendrier de l'étude

1er semestre 2021

- Partenaires associés à cette étude (composition de l'équipe projet)

- Partenaires institutionnels : ARS, MILDECA, Conseil départemental, Education Nationale

- Partenaires opérationnels : les établissements scolaires, les CESC, les équipes enseignantes (filiale générale, dispositifs relais), les personnels de santé et d'action sociale de l'Education Nationale, les professionnels de la prévention.
- Méthodes de travail
 - Participatives
 - Transversalité
 - Innovation
- Autres informations utiles



Projet Territorial en Santé Mentale DOSSIER D'INTENTION

Titre du Projet : Implantation du programme PSFP 12/16 ans sur le territoire de VALLAURIS – GOLFE JUAN

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	ALFAMIF
Nom du représentant légal de la structure	Élise Soret
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Fanny Giovacchini – Chef de service
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	3 avenue du midi 06220 GOLFE JUAN
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ elise.soret@alfamif.fr ☎ 04.93.63.36.26
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ fanny.giovacchini@alfamif.fr ☎ 04.93.63.36.26
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(Pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>
--	--

	<input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(Pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale</p>
---	--

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...)

Le territoire de VALLAURIS, territoire relevant de la politique de la ville, est marqué par une situation de précarité importante. Cette précarité, on le sait, a de nombreux impacts sur la situation des habitants et notamment sur leur santé. Les acteurs sur le territoire décrivent une situation alarmante concernant les jeunes à savoir : des conduites addictives et des problématiques psychiques de plus en plus tôt (jeunes collégiens). Malgré un tissu associatif engagé, les problématiques recensées se multiplient, augmentent et donnent parfois le sentiment d'un recul des mentalités : rapport garçons/filles, connaissance des fonctions du corps humain, recul de la contraception, recul de la scolarisation...

Une littérature importante nous permet d'analyser la situation du territoire et d'appuyer ces propos.

I Les orientations du contrat de ville de la CASA, pilier Cohésion Sociale

Une des ambitions transversales du contrat de ville Communauté d'Agglomération de Sophia Antipolis (CASA) 2015-2020, notamment pour la ville de Vallauris (Quartiers prioritaires politique de la ville : « Hauts de VALLAURIS » et « Cœur de ville, quartier de veille : « Le FOURNAS »), est d'agir en faveur de la jeunesse.

L'analyse de la situation du territoire élaborée dans le cadre du contrat de ville fait état des points de vigilance suivants :

- Un taux de chômage supérieur à la moyenne locale ainsi qu'une précarisation grandissante avec une part des bénéficiaires de la CMU en constante augmentation
- Un accroissement du nombre de situations précaires enregistrées par le Centre Communal d'Action Sociale, le Pôle Santé Solidarité et l'Antenne de justice
- Un taux de familles monoparentales élevé
- Des jeunes en grandes difficultés scolaires et/ou familiales et/ou sociales avec des comportements menant à la dérive délinquante
- Une carence des dispositifs d'accompagnement psychologique pour enfants, adolescents et adultes (CMP en saturation).

Compte tenu de cet état des lieux, le contrat de ville définit les objectifs suivants :

- Améliorer de façon significative la participation des parents à l'éducation, au suivi et à la réussite de leur enfant,
- Améliorer le repérage et l'accompagnement des jeunes en risque de délinquance
- Améliorer l'accompagnement et le suivi des 12-25 ans exposés à la délinquance
- Anticiper, par l'écoute psychologique et par l'accompagnement et le suivi, les problèmes de mal être, de désœuvrement, de repli sur soi, de risque de radicalisation, de dérive, de souffrance psychique chez les jeunes.

II Les constats issus du diagnostic territorial santé de Vallauris

Compte tenu de l'engagement historique de l'Association dans la thématique de la santé, notamment par le biais du Pôle Santé Solidarité, acteur de proximité pour les habitants de Vallauris, et de son souhait de développer un Atelier santé ville, l'Association ALFAMIF a été sollicitée en 2019 pour mener le diagnostic territorial santé du territoire de Vallauris. Le dernier document de diagnostic datant de 2008, sa réécriture figure dans le contrat de ville CASA 2015-2020. La

démarche a été menée conjointement avec l'Institut d'Enseignement Supérieur de Travail Social de Nice (IESTS).

L'objectif principal était tout d'abord de mieux connaître le territoire dans ses différentes dimensions (besoins, partenariat, offre sanitaire sociale et médicosociale) avec, en ligne de mire, la coordination locale.

Même s'il ressort du diagnostic que d'une manière générale les jeunes sont une population en bonne santé physique, dans le cadre des entretiens menés avec les partenaires du territoire, les professionnels observent, au même titre que chez les adultes, une augmentation des troubles du comportement et/ou psychiatriques et ce, dès le collège.

Il est évident que les facteurs environnementaux jouent un rôle majeur dans le quotidien des jeunes.

Les conditions de vie précaires, les situations de violence ou de tension au sein même de la famille ou encore les problématiques d'addiction rencontrées par de nombreux parents sont autant de facteurs favorisant les conduites à risque chez les adolescents.

Dans le cadre des entretiens menés avec les professionnels partenaires, il ressort une grande facilité d'accès aux produits psychoactifs chez les jeunes. Ils observent des pratiques addictives de plus en plus tôt. L'engagement vers le soin est rendu difficile notamment par le déni des adolescents sur leur pratique. De surcroît, certaines consommations sont partagées au sein même de la structure familiale, ce qui est un frein à l'instauration d'un suivi médico-social.

Par ailleurs, les professionnels constatent que plus les familles sont en difficultés plus il leur est difficile de demander de l'aide.

Les professionnels sur la commune s'inquiètent également de l'apparition de pratiques sexuelles à risque chez les jeunes notamment chez les filles. Ces pratiques s'expliquent parfois par une précarité financière qui poussent les jeunes filles à s'engager dans certaines pratiques pour répondre à des besoins primaires (se nourrir, s'habiller).

Pour d'autres, la raison est davantage liée au besoin d'appartenance : c'est trouver une place au sein du quartier. Elles sont en manque de repères. Les professionnels pointent notamment le manque d'information sur la vie sexuelle et affective chez les jeunes. Il n'est pas rare de voir des adolescents qui ne connaissent pas les modes de contraception.

III Les déterminants définis dans le cadre du PTSM 06

Les constats repérés sur le territoire de VALLAURIS dans le cadre de ce diagnostic, et sur lesquels notre projet entend agir, font écho aux déterminants de santé définis dans le cadre des groupes de travail du Projet Territorial de Santé Mentale pour le département des Alpes-Maritimes :

- Les habitudes de vie, les comportements à risque :
 - Addictions diverses chez les jeunes adolescents et les parents : alcool, stupéfiants écrans...
- L'environnement social et psychologique :
 - Violences à l'école
 - Violences intrafamiliales, éclatement familial (pertes de repères et de soutien)
 - Carences éducatives, relations parents/enfants,
 - Précarité sociale, affective, émotionnelle –isolement social, familial.
- Les facteurs sociétaux :
 - Difficultés d'accès aux soins
 - Valeurs humaines/normes sociales : stigmatisation, dévalorisation.

IV Comment et pourquoi le PSFP répond à ces constats

Le programme de Soutien à la Famille et à la Parentalité a été implanté dans de nombreux pays et a été adapté et expérimenté à plusieurs reprises en France. De nombreuses études attestent qu'il s'agit d'une action probante. Il fait partie des programmes recommandés dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Il permet d'agir sur les déterminants déclinés ci-dessus et montre de nombreux impacts positifs pour les familles et chacun de leurs membres.

A ce titre, le guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue démontre l'utilité de ces programmes dans la prévention et la réduction des conduites à risques chez les jeunes :¹³

« Si les facteurs génétiques, de tempérament et d'environnement contribuent tous à l'éducation des enfants et des adolescents, la dynamique familiale joue elle aussi un rôle très important. En particulier, il ressort clairement des travaux de recherche qu'une éducation parentale compétente est un puissant facteur de protection.

Les familles peuvent protéger les enfants de nombreux comportements à risque et problèmes de santé mentale, dont l'abus de substances et la délinquance, en assurant aux enfants une sécurité émotionnelle et économique, en les guidant et en leur fixant des limites, en supervisant les activités, en répondant à leurs besoins fondamentaux, en assurant leur sécurité, en stimulant leur développement et en leur assurant la stabilité.

Les chercheurs ont expérimenté plusieurs modèles afin d'expliquer de quelle manière différents facteurs influent sur le risque qu'un adolescent se livre à l'abus de substances diverses. Dans tous ces modèles, les facteurs parentaux et familiaux occupent une place centrale dans le long cheminement qui mène à l'abus de substances, alors que la pression des pairs opère davantage comme un facteur incitatif qui intervient en aval, à un moment plus rapproché de celui où l'adolescent commence à prendre de la drogue ou à consommer de l'alcool. En d'autres termes, même si l'influence des pairs est souvent la principale raison qui fait que des adolescents adoptent des comportements négatifs, un environnement familial positif est la principale raison pour laquelle les adolescents s'abstiennent de ce genre de comportements, à savoir la prise de drogues et d'alcool, la délinquance et une activité sexuelle précoce ou non protégée ».

Les raisons de cibler le groupe des adolescents sont nombreuses : l'adolescence apparaît comme la période de la découverte marquée par une relative instabilité psychologique et par un sentiment d'invulnérabilité ce qui en fait une cible prioritaire de la prévention.

V Le contexte de l'Association ALFAMIF, coordinateur local de l'action et porteuse du projet

Les premières expériences menées montrent qu'étant donné la forte mobilisation nécessaire pour la mise en œuvre de ce type de programme, il est indispensable de mobiliser les acteurs dès les premières phases.

Le développement de l'Association et notamment du lancement de l'Atelier santé ville sur la ville de Vallauris, sont des facteurs favorables pour la mise en œuvre du Programme PSFP 12-16 ans.

¹³ Guide d'application des programmes d'acquisition de compétences familiales pour la prévention de l'usage de drogue. Office des nations unies contre la drogue et le crime. Page 5-6.

VI Le CODES 06, partenaire incontournable du projet

Le CODES 06 a été missionné par Santé Publique France pour adapter et développer le PSFP dédié aux 6-11 ans et soutenu par l'ARS PACA, pour l'adaptation, le développement du PSFP 3-6 ans sur le département des Alpes-Maritimes.

Cette expertise sera un soutien à l'implantation du programme sur le territoire de VALLAURIS. Il sera le développeur du programme sur le territoire.

B. Objectif général (*) :

Implanter le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité 12-16 ans (PSFP 12-16 ans) sur le territoire de Vallauris.

C. Objectifs opérationnels :

- Créer une dynamique partenariale autour du PSFP 12-16 ANS sur le territoire de Vallauris
- Identifier, former et accompagner les équipes volontaires à la mise en œuvre du PSFP 12-16ans – groupe expert (relais locaux) /animateurs
- Assurer la formation à la mise en œuvre (le training) des animateurs de PSFP
- Mettre en œuvre le programme auprès des familles

D. Plan opérationnel/description, déroulement et méthodes :

- Présentation du programme et structuration de sa mise en œuvre avec le soutien du développeur (CODES 06)
 - Information large sur la thématique de la parentalité auprès des partenaires d'ALFAMIF impliqués auprès de familles et de jeunes adolescents, co animées par le CODES 06 et ALFAMIF.
 - Mise en place d'un groupe d'experts, incluant les animateurs identifiés, chargés de recruter le public
 - Recrutement des animateurs parmi les partenaires présents et volontaires pour mettre à disposition des professionnels en ce sens. ALFAMIF met à disposition le référent de l'action.
 - Élaboration et/ou adaptation des outils de communication auprès des familles et des outils d'évaluation.
- Formation des partenaires et animateurs :
 - La formation dure 5 jours répartis comme suit :
 - 2 jours pour le groupe d'experts sur la philosophie et les concepts du PSFP. Il s'agit de développer une culture commune.
 - 3 jours pour les animateurs. Il s'agit d'une formation sur le contenu du programme ainsi que d'un travail sur la posture d'animateur.
 - 6 jours sont dédiés à l'analyse des pratiques durant le programme
- Communication de l'offre aux familles sur la commune de Vallauris
- Recrutement et inscription des familles
 - Réunion avec les familles ayant pour objectif de leur présenter le programme
- Mise en œuvre du programme selon le cahier des charges
 - Mise à disposition de salles dédiées à l'animation des 14 sessions
 - Animation des sessions devant les familles
- Recueil des éléments d'évaluation

E. Bénéficiaires :

- Les familles avec enfant âgé entre 12 et 16 ans résidant sur la commune de Vallauris
- Les acteurs de la commune de Vallauris, former et/ou sensibiliser au PSFP

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Territoire de Vallauris – Golfe Juan, identifié comme prioritaire présentant des îlots de pauvreté importants.

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

- 1 référent local
- 4 animateurs
- Le développeur national pour la formation et le soutien à l'implantation (CODES06)

H. Modalités de suivi :

Le suivi de la mise en œuvre du programme sur le territoire de VALLAURIS – GOLFE JUAN sera assuré principalement par le développeur (CODES 06) en lien avec le porteur de projet ALFAMIF, qui forment un comité de suivi. Le développeur s'assure des qualités présentées par le référent du projet et des animateurs (il peut décider de refuser la validation d'un animateur à ce poste).

Les espaces de supervision/analyse des pratiques permettront de s'assurer de la fidélité de l'action mise en œuvre à la philosophie du programme

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

- Evaluation de Processus : Nombre de familles participantes
- Evaluation de la satisfaction des parents
- Evaluation de l'assiduité des familles au programme
- Evaluation de la fidélité dans la mise en œuvre

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
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 CODES 06 – 11 jours (formation, accompagnement, suivi)
 - Les acteurs du territoire : établissements scolaires, associations, partenaires institutionnels, acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire.
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
5. Autres acteurs

L'équipe de la CASA – Service politique de la ville

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) :

Soutien parentalité, adolescents

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (Acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut¹⁴	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Formateur + accompagnateur méthodologique	Médecin de santé publique thérapeute familial		P		CODES06
<i>Coordonnateur du projet – référent local (Alfamif)</i>	CESF	<i>0,11 ETP (200 heures)</i>	S		ALFAMIF
<i>Animateurs (4+ 1 Remplaçant)</i>	Éducatrice spécialisée CESF	<i>0,08 ETP (137 heures)</i>	S		A préciser ALFAMIF et / ou autre partenaire local

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Salles pour organisation des sessions (2 salles minimum)	
Reprographie des outils / guides d'animation	

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



Projet Territorial en Santé Mentale FICHE ACTION

Titre du Projet : Promotion de la santé et de l'attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents : un outil de renforcement des services de Protection Maternelle et Infantile

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Conseil Départemental des Alpes Maritimes (CD06)
Nom du représentant légal de la structure	Mr Charles Ange Ginésy, Président CD06
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Mai Ly Durant, chef du service départemental de PMI
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	B.P. N° 3007 06201 NICECEDEX 3
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ ☎.....
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@mdurant@departement06.fr ☎ 04.97.18.66.59
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale</p>
<p>Durée prévue du projet (en mois)</p>	
<p>Date ou période de réalisation pressentie</p>	

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. Les projets seront étudiés au regard de ces critères, merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques (pour les NAS et migrants)</p>
---	--

	<input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

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...)

Le département des Alpes maritimes compte en moyenne 12 000 naissances par an, 50% des mères sont des primipares, 20% sont en situation de vulnérabilité (isolement social et familial, ressources économiques précaires, monoparentalité, divorce, séparation, migration) (INSEE 2019).

D'après les données du réseau périnatal PACA Est 2018, il existe 250 situations, soit 0,5% des grossesses, qui sont en situation médico-psycho-sociale très complexes (pathologie psychiatrique, addictions, violence intrafamiliale, précarité sociale économique (absence d'accès aux droits sociaux ou en cours d'ouverture de droits) et en rupture familiale, sociale.

L'offre de service de PMI (Protection Maternelle et Infantile) est à l'interface du social, du sanitaire et de l'éducatif notamment dans le parcours des 1 000 jours de l'enfant et de ses parents. Il s'agit d'un service de premier recours de proximité pour les usagers, très impliqué dans le champ de la prévention périnatale, petite enfance et de la planification et d'éducation familiale. Les équipes interviennent au travers de ses actions dans les centres médicaux et « aller vers » grâce aux visites à domicile des sages-femmes et des puéricultrices en faveur de la population à des âges-clef de la vie.

La dépression du post-partum et plus globalement les dépressions périnatales, sont souvent mal connues et mal dépistées, avec risque de répercussion sur le développement psychomoteur du jeune enfant.

Les premiers apprentissages sociaux, émotionnels et cognitifs dépendent des échanges et des liens d'attachements forts et sécurisés établis entre le bébé et ses parents. Un accordage des interactions parents-bébé enclenche le cercle vertueux de la communication bidirectionnelle. Ces compétences sociales précoces favorisent le développement cognitif et affectif du bébé.

Les violences conjugales et les violences éducatives sont toujours délétères sur le développement des bébés et des jeunes enfants.

Le rapport présenté en mars 2019 par Mme M. Peyron préconise parmi les mesures phares de la PMI, le développement des visites à domicile en prénatal et post-natal par le personnel de PMI de manière soutenue sur le modèle de l'expérience PANJO couvrant 20 % des grossesses et 20% à 3 ans.

En 2019, la PMI a suivi dans les centres médicaux 1991 femmes enceintes, soit 17% des grossesses. Les sages-femmes de PMI ont effectué 775 visites à domicile en faveur de 338 femmes enceintes, soit 17% des femmes enceintes suivies en PMI.

En parallèle, 6 352 nourrissons de moins de 2 ans ont été vus en consultation infantile, soit 26% de la population de cette tranche d'âge. Les puéricultrices de PMI ont réalisé 3 351 visites à domicile pour 1 687 enfants de moins de 3 ans, soit 4,7% de ces enfants.

Il a été démontré que le travail proactif en prévention réduira le coût pour le système de santé et un moindre recours aux aides sociales et aux mesures de protection de l'enfance (programme Nurse-Family Partnership, 2017).

Bien que les visites à domicile fassent partie intégrante de leur cœur de métier et en raison du renouvellement perpétuel des personnels, tous les professionnels de santé PMI doivent avoir une culture commune.

Au regard de ce contexte, la mise en place du programme PANJO permettrait de proposer un socle commun de formation aux professionnels des services de PMI, de s'appuyer sur des concepts et outils partagés par l'ensemble des équipés en matière de promotion de la santé et de l'attachement des nouveau nés et de leurs jeunes parents.

En effet le PANJO au travers d'une « formation action » vise à perfectionner les pratiques professionnelles pour :

- Accompagner des mères plus vulnérables, à travers des visites à domicile dont l'objectif est de valoriser et de développer les compétences psychosociales des jeunes parents, renforçant ainsi l'estime de soi,
- repérer précocement les troubles de la parentalité.

Cette formation permet de conduire une réflexion pointue sur l'attachement et la relation d'aide pour l'ensemble des professionnels du service départemental de PMI et d'harmoniser des pratiques professionnelles.

Ainsi, cette formation-action et l'utilisation d'outils adaptés lors des visites à domicile intensives **amélioreraient les interventions préventives des personnels** de PMI et **permettraient de lutter contre l'effet des inégalités sociales des familles et des jeunes enfants.**

A ce jour le programme PANJO est déployé par 11 Conseils Départementaux et 22 secteurs /équipes de PMI ¹⁵

B. Objectif général (*) :

Mettre en place le programme PANJO au sein des services de PMI du Conseil Départemental des Alpes Maritimes

C. Objectifs opérationnels :

- Renforcer les compétences des professionnels de l'intervention à domicile (sages-femmes et puéricultrices) (la pratique, la posture des professionnels)
- Harmoniser les pratiques au sein du service : action dès la première année.
- Communiquer auprès de la population et des partenaires sur ce service de promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs parents

¹⁵ <https://www.laniss.fr/panjo/>

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

1. La formation action pour les professionnels de terrain au programme PANJO

Le programme comprend 2 modules :

Module 1 : sur une année

2 jours destinés à l'ensemble des professionnels des centres de PMI soit 136 professionnels de santé.

Un socle commun permettrait de :

- Développer un regard et un langage partagés et sur les pratiques qui relèvent du soutien aux relations précoces parents - enfants s'appuyant sur la théorie de l'attachement, le repérage des troubles de la parentalité dès l'anténatal,
- Fournir des informations et outiller tous les professionnels d'un guide de soutien aux pratiques professionnelles
- Travailler un collectif autour de l'identification des partenaires institutionnels à même de soutenir le travail de la PMI sur l'attachement, dont l'objectif est de penser le travail de PMI dans une dynamique de réseau pluri professionnel.

Module 2 : **sur deux années**

2 **jours** destinés aux intervenants qui sont en contact intensif avec les familles soit au total :

20 sages-femmes et 60 puéricultrices de PMI réalisant des visites à domicile avec l'accord du patient (femme enceinte et du parent de l'enfant).

Ce module est basé sur l'approche fondée sur la théorie de l'attachement et centrée sur la personne : Carl Rogers - relation d'aide, la non-demande - .

Il vise à renforcer la pratique, la posture des professionnels de l'intervention à domicile.

Les outils d'intervention issus de la boîte à outils « petit pas » (7 outils d'intervention) sont présentés et sont remis en fin de formation à chaque professionnel.

2. **Mettre en place par territoire de PMI des réunions pluriprofessionnelles** avec les centres médico-psychologiques (protocole formalisé dans le cadre de conventions partenariales, incluant la psychiatrie adulte) : actions sur deux années

3. **Mettre en place un plan de communication sur la démarche du service de Pmi auprès :**

des professionnels partenaires,

des acteurs hospitaliers

des libéraux du champ de la périnatalité,

du public bénéficiaire,

des femmes enceintes et jeunes parents en situation de vulnérabilité.

4. **Intervenir mensuellement avec un pédopsychiatre** pour la supervision, c'est-à-dire l'analyse des pratiques sur le cas clinique de la visite à domicile.

- **Bénéficiaires :**

Formation : professionnels de PMI :

- Session 1 : formation destinée à tous les professionnels de santé (136 professionnels) en deux jours par groupe de 15 personnes,
- Session 2 : formation des 80 professionnels étalée sur 2 ans, en 2 groupes de 15 personnes avec une session de deux jours

Information, communication sur le programme PANJO du service de PMI auprès :

- des partenaires, des acteurs hospitaliers et libéraux du champ de la périnatalité,
- des femmes enceintes et jeunes parents en situation de vulnérabilité.

- **Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :**

Département des Alpes Maritimes, priorité aux quartiers vulnérables.

- **Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet :**

Formateur organisme : ANISS l'agence des nouvelles interventions sociales et de santé

Les professionnels du service de PMI du Conseil Départemental

- **Modalités de suivi :**

- Le calendrier prévisionnel des formations
- Tableau de bord des étapes de mise en œuvre du programme
- L'applicatif métier du dossier médical des personnes suivies en PMI

- **Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs :**

Evaluation de Processus

- Nombre de formations organisées
- Nombre de participants
- Type de professionnels formés
- Nombre de réunions avec les partenaires par territoires PMI,
- Nombre de supervisions avec le pédopsychiatre par type de professionnel.
- Nombre de visites à domicile programme PANJO
- Nombre de visites à domicile par enfant, femme enceinte
- Délais de suivi annuel par enfant, femme enceinte
- Nombre de visites à domicile pour les cas étudiés en D3P (Dispositif partenarial prénatal de prévention),
- Nombre d'informations préoccupantes suivis en programme PANJO

Evaluation qualitative

- Questionnaires de satisfaction : usagers, partenaires acteurs
- Évaluation des modifications des pratiques des professionnels de l'intervention à domicile, à la suite de la formation.

- **Résultats attendus**

- Montée en compétences des professionnels effectuant les visites à domicile avec les outils proposés pendant la formation PANJO
- Amélioration de l'observation des interactions « Parents/ enfants » mesurable grâce aux outils fournis par la formation PANJO

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Les visites sont réalisées à la demande de l'utilisateur ou suite à une liaison du médecin hospitalier ou de ville, avec son accord.

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Recueil du consentement et adhésion des familles au programme de visites à domicile pré et postnatales.

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

Les professionnels de santé des services hospitaliers en périnatalité (gynéco obstétrique, maternité, réanimation néonatale, néonatalogie, pédiatrie, service social, médecine de ville) sont impliqués dans le repérage des femmes enceintes et jeunes parents en situation de vulnérabilité en période périnatale.

Par ailleurs le dispositif partenarial prénatal de prévention mis en place dans chacun des établissements de soins privés, publics des Alpes Maritimes et CHPG Monaco permet des orientations pour accès au diagnostic, prise en charge des patients nécessitant des soins psychiques en périnatalité.

Ces staffs de périnatalité auxquels les professionnels médico-psycho-sociaux des services de pédopsychiatrie, les psychologues maternités, CMPP, psychiatres libéraux, travailleurs sociaux, PMI participent, permettent de définir avec le consentement des patientes et futurs parents un plan d'action pour une meilleure prise en charge de la grossesse et un accueil dans de bonnes conditions du futur nouveau-né, et pour un accès au soin psychique si besoin.

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

5. Autres acteurs

Les professionnels du réseau périnatalité et petite enfance : Communication et actions conjointes

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) :

Compétences psychosociales, parentalité, inégalité sociale santé

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut ¹⁶	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Formateurs ANISS (P)	Pédopsychiatre Puéricultrice	<u>Devis ANISS novembre 2020</u>	Association de loi 1901 créée le 27 décembre 2014 Siret : 808996334 00021		ANISS L'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé 80 rue Larevellière - 49100 ANGERS
Superviseurs analyse pratique, cas clinique	Pédopsychiatre (S)	240 h l'année 2	Vacataire		libéral ou rattaché aux CMPP ou centre hospitalier

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Salle de formation (M)	

¹⁶ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale FICHE ACTION

Titre du Projet : Déployer le programme de prévention Good Behavior Game dans les Alpes-Maritimes

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS)
Nom du représentant légal de la structure	M. Pablo Tallec, Président
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Mme Catherine Reynaud-Maurupt, directrice, sociologue, responsable du dispositif GBG-France
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	103 chemin des tennis 06670 LEVENS
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	association.grvs@gmail.com ☎ 07 69 78 37 31
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	c.reynaud.maurupt@gmail.com ☎ 06 03 99 67 30
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p>
---	--

	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

3. Description du ProJet

Des détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin

(*) un objectif se doit d'être SMART : **Spécifique Mesurable Ambitieux Réaliste Temps situé dans le temps**

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

Les acteurs investis dans le diagnostic territorial santé mentale insistent particulièrement sur l'importance de conduire des actions de prévention universelle des risques psycho-sociaux et sanitaires le plus tôt possible dans le parcours de vie de l'enfant, en visant particulièrement le renforcement des facteurs de protection par le développement des compétences psychosociales.

Dans ce domaine, le département des Alpes-Maritimes a été pionnier, dès 2015, dans la mise en œuvre et l'adaptation pour la France du programme de prévention Good Behavior Game (GBG), grâce au partenariat entre GRVS et les services départementaux de l'Education Nationale¹⁷.

Ce programme, internationalement reconnu pour sa capacité à créer un milieu de vie favorable à la santé au sein de l'école, a bénéficié d'études randomisées qui ont montré son impact sur une variété de risques psycho-sociaux, dont les troubles mentaux (réduction de la dépression, des troubles de la personnalité antisociale) et les conduites addictives (tabac, alcool, drogues illicites)¹⁸.

Il consiste en une stratégie de gestion du comportement en classe directement mis en œuvre par les enseignants eux-mêmes, qui sont accompagnés tout au long d'une année scolaire pour atteindre un degré d'expertise leur permettant de poursuivre la pratique du programme en autonomie tout au long de leur carrière professionnelle.

En France, le succès de l'expérimentation de GBG dans les Alpes-Maritimes a conduit Santé Publique France à l'inscrire dans son registre des actions probantes ou prometteuses¹⁹, à soutenir le déploiement du programme au niveau national aux côtés de plusieurs ARS et de la CNAMTS (depuis 2018) et à engager une étude d'efficacité sur les données GBG recueillies entre 2015 et 2022.

Dans le cadre du dispositif national GBG France et du financement 2019 du Fonds addictions national, une attention particulière est portée sur l'intérêt du programme GBG pour favoriser l'épanouissement des enfants à besoins pédagogiques particuliers (souffrant de troubles comportementaux), tant du point de vue de la qualité de leurs apprentissages (favorisés par un environnement GBG sécurisant, ordonné, prévisible et positif) que de leur inclusion dans le groupe classe (meilleure acceptation par les pairs et amélioration de la coopération).

Parallèlement, le ministère de l'Education Nationale, dans son Vademecum 2020 sur les écoles promotrices de santé, promeut particulièrement l'intérêt du programme GBG pour renforcer efficacement les compétences psychosociales des élèves du premier degré²⁰.

¹⁷ Kiefel M., Reynaud-Maurupt C, Poidevin E, Le programme américain Good Behavior Game : premiers éléments de compréhension de sa transférabilité en France, *Education, Santé, Société*, 2018, vol.5, n°1, 99-119.

¹⁸ (*entre autres*) Washington State Institute for Public Policy, Good Behavior Game. Public Health & Prevention : School-based. Benefit-cost estimates updated March 2018. Literature Review updated March 2018, 2019 (November) ; Burkhart G. North American Drug Prevention Programmes: are they feasible in European Cultures and Contexts? European Monitoring Center of Drug and Drug Addiction; 2013. 52 p. ; Kellam SG, Brown CH, Poduska J, Ialongo N, Wang W, Toyinbo P et al. Effects of a Universal Classroom Behavior Management Program in First and Second Grades on Young Behavioral, Psychiatric, and Social Outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008, 95 (suppl. 1), S1-S28.

¹⁹ https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/cadcgp.php?CMD=CHERCHE&MODELE=vues/spf___internet_registre/tpl-r.html&WHERE_IS_DOC_REF_LIT=REG00000255&&TABLE=SPF_REG

²⁰ EDUSANTE, Vademecum. L'école promotrice de santé, ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse, février 2020, 46 pages.

Dans les Alpes-Maritimes, le déploiement du programme GBG entre 2015-2016 et 2020-2021 a permis la formation de 130 enseignants. Il s'est concentré sur la circonscription de Valbonne-Vallauris, particulièrement sur le quartier prioritaire REP des Hauts de Vallauris (61 enseignants formés) et sur la circonscription de Nice 2, particulièrement sur le quartier prioritaire REP+ de l'Ariane (48 enseignants formés). Parallèlement, le programme a été implanté dans une école antiboise située dans le quartier de Juan Gare (9 enseignants formés en 2018-2019) et dans une école cannoise située dans le quartier prioritaire REP de Ranguin-Frayère (12 enseignants en cours de formation en 2020-2021).

Les acteurs de l'Education et/ou investis dans la prévention précoce en santé mentale, exerçant auprès des enfants résidant sur les territoires les plus en difficulté des villes de Cannes et d'Antibes, souhaitent soutenir un déploiement du programme GBG qui soit effectué de façon systématisée comme cela a été le cas à Nice l'Ariane et à Vallauris, tout en portant une attention particulière sur les besoins et la dynamique de l'école inclusive (scolarisation d'enfants handicapés en classe ordinaire, classes ULIS). Ils soulignent d'autre part l'intérêt de mettre en œuvre une action complémentaire auprès des services périscolaires des écoles volontaires pour l'implantation GBG, afin de favoriser une continuité dans l'encadrement des enfants et une cohérence dans la stratégie éducative.

Le 18 novembre 2020, M. le Directeur académique des services de l'Education Nationale dans les Alpes-Maritimes a affirmé sa volonté de poursuivre son partenariat actuel avec GRVS pour le déploiement de GBG, confirmant, sous réserve du respect des conditions de sécurité sanitaire, la mise en place de la formation de 20 enseignants par an durant les 4 prochaines années sur les territoires de Cannes et d'Antibes.

B. Objectif général (*) :

Déployer le programme GBG dans huit nouvelles écoles élémentaires des Alpes-Maritimes, en portant une attention particulière à la dynamique de l'école inclusive et à la continuité et à la cohérence entre les encadrements scolaires et périscolaires.

C. Objectifs opérationnels :

1. Implanter le programme GBG dans plusieurs écoles des villes d'Antibes et de Cannes, grâce à l'adhésion volontaire de 80 enseignants faisant partie des équipes pédagogiques présélectionnées par les cadres de l'Education Nationale (Inspecteurs du premier degré des circonscriptions concernées).
2. Former et accompagner 80 nouveaux enseignants à la pratique du programme GBG en quatre années scolaires, soit 20 nouveaux enseignants chaque année, en favorisant l'appropriation de GBG comme projet d'école.
3. Pour chaque cohorte annuelle d'enseignants, 3 journées de formation et une dizaine d'accompagnements en classe pour chaque enseignant (première année d'implantation) : observation de séances conduites avec les élèves et entretien individuel d'analyse de pratiques tous les quinze jours. L'accompagnement a pour but de conduire les enseignants à animer plusieurs séances GBG chaque semaine, dans le respect des critères garants des bénéfices attendus, et à récolter les données.
4. Assurer un suivi de mobilisation et de conseil auprès des enseignants pratiquant en autonomie.

5. Sensibiliser les professionnels du périscolaire des écoles impliquées dans l'action aux éléments-clés du GBG (pédagogie explicite, renforcement positif, dynamique de groupe, observation active) et aux supports pédagogiques du programme (règles de vie, niveaux de voix) : pour chaque équipe, 3 sessions de 2 heures et un accompagnement sur site par période scolaire (observation des situations périscolaires et entretien collectif d'analyse de pratiques).

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Le plan opérationnel GBG mis en œuvre dans le cadre du PTSM concernera des lieux scolaires présélectionnés par les cadres de l'Education Nationale et les acteurs de la santé scolaire de la ville sur la base des besoins socio-éducatifs, parmi lesquels le choix sera effectué en fonction de l'adhésion préalable des directeurs et des enseignants constituant les équipes pédagogiques. La présélection prend en compte également l'intérêt d'implanter GBG dans des structures scolaires qui comprennent des classes ULIS (Unités Localisées d'Inclusion Scolaire). Les échanges préparatoires avec l'Education Nationale ont permis d'identifier 10 écoles élémentaires (7 à Cannes et 3 à Antibes), totalisant actuellement 110 enseignants²¹, sans que cette présélection soit actuellement définitive.

Le plan opérationnel est annuel, c'est-à-dire qu'il est reproduit de façon similaire lors de chaque année scolaire (2021-2022 ; 2022-2023 ; 2023-2024 ; 2024-2025).

²¹ LISTE NON DEFINITIVE ETABLIE POUR LA PRESELECTION : Cannes : Ecole La Frayère (REP), école Vial (REP), école Alice 1 (REP, dont classe ULIS), école Alice 2 (REP), école Mistral (QPV), école Pagnol (QPV, dont classe ULIS), école Saint Exupéry (QPV dont classe ULIS) – Antibes : écoles Laval 1 et 2 (dont classe ULIS) ou école du Cap (dont classe ULIS), école Pont du Lys ou école Guynemer.

PLAN OPERATIONNEL 2021-2022 (Modèle des 4 plans annuels suivants)



- Réunions de mobilisation dans les écoles présélectionnées et recueil de 20 inscriptions d'enseignants volontaires. Cette phase précède le début du projet en année N, puis se répète chaque année en N-1.



- Formation initiale GBG à l'attention des enseignants (deux journées avec mise à disposition de remplaçants par la DSDEN sur chaque site)
- Réunions de mobilisation et de partage des pratiques avec les enseignants en autonomie (contrôle qualité, négociables et non négociables)
- Réunions de sensibilisation GBG à l'attention du personnel périscolaire sur chaque site (éléments-clés et supports pédagogiques du GBG)
- Recueil des données d'évaluation (questionnaire satisfaction formation et réunions de sensibilisation)



- Accompagnement individualisé en classe pour chaque enseignant : tous les 15 jours en période scolaire, analyse d'une séance GBG conduite en classe et entretien individuel d'analyse de pratiques
- Accompagnement collectif en situation périscolaire : une fois par période scolaire, observation in situ et entretien collectif d'analyse de pratiques (éléments-clés et supports pédagogiques du GBG)
- Formation renforcée GBG à l'attention des enseignants (une journée avec mise à disposition de remplaçants)
- Recueil des données d'évaluation (recueil des rapports de séances GBG, des grilles d'évaluation des séances, et questionnaire satisfaction)



- Accompagnement individualisé en classe pour chaque enseignant : tous les 15 jours en période scolaire, analyse d'une séance GBG conduite en classe et entretien individuel d'analyse de pratiques
- Accompagnement collectif en situation périscolaire : une fois par période scolaire, observation in situ et entretien collectif d'analyse de pratiques (éléments-clés et supports pédagogiques du GBG)
- Réunions de mobilisation et de partage des pratiques avec les enseignants en autonomie (contrôle qualité, négociables et non négociables)
- Recueil des données d'évaluation (recueil des rapports de séances GBG, des grilles d'évaluation des séances, et questionnaire satisfaction)



- Analyse des données d'évaluation : enquêtes de satisfaction, analyse de la qualité des gestes professionnels GBG, analyse de l'évolution du climat scolaire.

E. Bénéficiaires :

Les principaux bénéficiaires de l'action sont les élèves scolarisés dans les classes des 80 enseignants GBG visés par l'implantation du programme et le processus de formation : ce nombre atteint approximativement 2840 enfants âgés de 6 à 11 ans.

Estimation du nombre de bénéficiaires de l'action pour la période septembre 2021 - juillet 2025 (*)

Année	Enseignants en cours de formation (en 1ere année d'implantation)	Nombre d'élèves estimés pour chaque première année d'implantation	Enseignants en autonomie ayant achevés leur formation (**)	Nombre d'élèves estimés pratiquant GBG avec les enseignants en autonomie	Nombre total de bénéficiaires-élèves estimés
2021-2022	20	320			320
2022-2023	20	320	16	260	580
2023-2024	20	320	32	520	840
2024-2025	20	320	48	780	1 100
TOTAL	80	1 280		1 560	2 840

(*) Le nombre de bénéficiaires continuera d'augmenter après la période de l'action y compris si elle s'arrête, puisque les enseignants pourront continuer à pratiquer GBG en autonomie avec leurs nouveaux élèves.

(**) Le nombre d'enseignants en autonomie indiqué ici ne prend pas en compte l'ensemble des enseignants formés dans les Alpes-Maritimes depuis 2015 mais se limite à ceux concernés par cette action à débiter en 2021. Au regard des taux constatés durant la période 2015-2020 dans les Alpes-Maritimes, le nombre estimé d'enseignants pratiquant en autonomie équivaut à 80% des enseignants formés ou plus chaque année (80% au moins est un taux de mesure après une année d'autonomie ; une mesure pluriannuelle de la continuité des pratiques en autonomie est en cours via SPF).

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Les territoires géographiques pressentis sont situés dans la ville de Cannes (quartiers prioritaires pour la politique de la ville/quartiers REP – La Bocca/Ranguin/Frayère) et dans la ville d'Antibes (Laval, Juan-les-Pins/Le lys, vieille ville).

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

Moyens humains GRVS	1 responsable de projet 3 formatrices GBG
Moyens humains EN06	20 enseignants volontaires chaque année exerçant dans les circonscriptions de Cannes et d'Antibes 1 cadre EN06 du suivi du projet pour chaque circonscription. Enseignants remplaçants pour chaque journée de formation (3 fois par an).
Moyens matériels	Supports pédagogiques pour les enseignants, les classes et les élèves Matériel pour les classes Frais de déplacement Frais d'organisation des journées de formation

H. Modalités de suivi :

L'action sera suivie par un comité de pilotage comprenant a minima des représentants de : GRVS, circonscription de Cannes, circonscription d'Antibes, conseil local de santé mentale enfants d'Antibes, conseil local santé mentale enfants de Cannes.

Le comité de pilotage est ouvert aux représentants du PTSM06/ARS PACA mais aussi à toute autre personne reconnue par l'ensemble des membres du comité de pilotage déjà existant pour son rôle ou son soutien dans la réalisation de l'action.

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

- Evaluation de processus
 - Respect des étapes annuelles du projet, pour chacune des 5 années scolaires visées (cf. plan opérationnel ci-dessus)
 - Nombre d'enseignants formés et d'élèves bénéficiaires
 - Nombre de séances GBG réalisées par chaque enseignant lors de chaque première année d'implantation (périodicité des séances GBG = nombre de séances hebdomadaires et nombre de semaines de programme).
 - Nombre d'accompagnement sur site.
 - Nombre de réunions de mobilisation, sensibilisation, partage de pratiques.
 - Nombre de participants au volet périscolaire.

- Evaluation des résultats (à reproduire annuellement)

1. **Evaluer la qualité des gestes professionnels GBG chez les enseignants en fin de première année de formation**

La qualité du processus d'implantation peut être objectivée grâce aux données d'observation recueillies pendant les séances d'accompagnement GBG réalisées dans les classes (grille d'évaluation des séances GBG). Les données d'observation sont cotées selon une échelle de qualité qui comprend 5 grands thèmes détaillant les gestes professionnels attendus pour garantir une implantation conforme aux exigences.

Liste des cinq thèmes permettant d'évaluer la qualité de l'implantation GBG

		Thème	Nombre d'items analysés
S O C L E	A	Respect de la méthode et des étapes pour chaque séance GBG	13
	B	Respect du rythme des séances au cours de chaque semaine de classe	1
	C	Qualité de l'explication des règles de vie, génération du sentiment d'appartenance à une équipe et recours aux stratégies de renforcement positif	9
	D	Développement d'une gestion de classe positive généralisée	5
	E	Exploitation régulière des données recueillies pour adapter l'enseignement	5

Les thèmes (A), (B) et (C) constituent le socle du programme GBG : l'impact du programme GBG sur le renforcement des compétences psychosociales des élèves est conditionné par l'appropriation des gestes professionnels inclus dans les thèmes A, B et C par les enseignants.

Le thème (D) permet d'apprécier l'insertion de la pédagogie GBG dans la vie de la classe, soit une gestion de classe positive, ordonnée et sécurisante tout au long de la journée, qui découle d'une compréhension fine des enjeux éducatifs et renforce la qualité de la mise en pratique.

Le thème (E) permet d'apprécier l'impact de GBG sur les choix d'enseignement et la dispensation de commentaires pédagogiques, c'est-à-dire la prise en compte des données d'observation portant sur les spécificités de chaque élève et du groupe classe pour ajuster les choix pédagogiques.

Les données recueillies permettent de définir trois niveaux de qualité d'implantation du programme :

- **Le niveau 1** correspond à une implantation dont les objectifs ne sont pas atteints. Plusieurs aspects du programme sont à retravailler et à améliorer pour pouvoir considérer que le programme GBG est effectivement implanté.
- **Le niveau 2** est le niveau attendu : il constitue le critère d'évaluation principal pour obtenir les résultats escomptés. Il s'agit d'une approche mixte qui combine éducation positive, pédagogie explicite, considération de la dynamique de groupe et techniques comportementales et cognitives. La démarche favorise la confiance en soi, l'autonomie, l'entraide et la solidarité, le respect des autres et de l'autorité, ainsi que la coopération.
- **Le niveau 3** est un niveau expert, qui utilise habilement toutes les potentialités du programme et produit des résultats renforcés dans tous les items cités au niveau 2. Il a également un impact sur le développement de l'esprit critique, sur la capacité à verbaliser des émotions et des argumentaires mais aussi sur les capacités d'organisation. Le niveau 3 est aussi caractérisé par l'exercice d'une pédagogie différenciée adaptée à chaque élève, sur le plan comportemental comme sur le plan des apprentissages. L'enseignant orchestre sa classe en multipliant les attentes explicites délivrées de façon préventive, en observant constamment ces élèves, en les félicitant en toutes occasions et en pratiquant fréquemment le travail de groupe ainsi que le retour réflexif partagé sur les situations vécues en classe.

2. Evaluer l'apaisement du climat scolaire dans les classes GBG au cours de la première année d'implantation

L'apaisement du climat scolaire est évalué grâce à la mesure de l'évolution des comportements perturbateurs au fil de l'année scolaire, au cours des séances GBG mais aussi durant le temps scolaire classique (hors GBG). Cette mesure s'effectue grâce aux rapports de scores que les enseignants remplissent après chaque séance GBG conduites avec leurs élèves. Plus les comportements perturbateurs sont faibles, plus les compétences psychosociales (autonomie, concentration, coopération, entraide, empathie, compréhension de la signification des règles) sont développées. Pendant les séances GBG, les enseignants y inscrivent le nombre de règles enfreintes²². L'analyse statistique de ces rapports permet d'observer l'évolution hebdomadaire du nombre moyen de comportements perturbateurs pendant les séances GBG. L'analyse est ajustée pour prendre en compte la durée différentielle des séances et le nombre variable d'équipes investies dans la séance.

Le programme GBG comprend également des « jeux secrets », c'est-à-dire des séances GBG qui ne sont pas annoncées aux enfants, qui permettent d'observer l'évolution des comportements perturbateurs pendant le temps de classe habituel, en dehors du temps consacré au programme. L'évolution des comportements perturbateurs mesurée grâce aux « jeux secrets » permet d'avoir une visibilité sur la généralisation des comportements attendus en dehors des temps GBG, lorsqu'il n'y a pas l'enjeu de la victoire.

²² Nous devons travailler dans le calme. Nous devons respecter les autres. Nous ne devons pas nous lever sans permission. Nous devons suivre les consignes.

3. Evaluer la satisfaction des enseignants après les journées de formation GBG (formation initiale et formation renforcée)

Questionnaire de satisfaction administré après chaque formation des enseignants
=> analyse statistique

4. Evaluer la satisfaction et recueillir l'expertise du personnel périscolaire dans les écoles GBG

Questionnaire de satisfaction administré après chaque journée de formation => analyse statistique

Entretiens semi-dirigés avec un échantillon de professionnels sur les spécificités des stratégies GBG en contexte périscolaire (échantillon à déterminer) => analyse de contenu

5. Evaluer la satisfaction et recueillir l'expertise des enseignants pratiquant GBG en autonomie

Entretiens semi-dirigés avec un échantillon d'enseignants en autonomie portant sur les conditions de la pratique en autonomie et le maintien du protocole GBG (échantillon à déterminer) => analyse de contenu

6. Evaluer l'adaptation en classe des élèves à besoins pédagogiques particuliers

L'échelle sociométrique TOCA (Teacher Observation of Class Adaptation) est remplie par les enseignants en début d'année scolaire (T0) et en fin d'année scolaire (T1) pour chaque enfant à besoins pédagogiques particuliers. Elle permet d'établir des scores évolutifs concernant la régulation des émotions, les comportements pros sociaux, les compétences sociales, l'acceptation de l'autorité, les comportements hyperactifs ou impulsifs, les capacités de concentration, les capacités d'apprentissage et l'isolement social.

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

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

Les enfants pratiquent le programme GBG plusieurs fois par semaine, durant le temps de classe.

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

Les enseignants communiquent avec les parents en début d'année scolaire pour leur expliquer les principes de la stratégie GBG, puis le livret GBG de leur enfant leur sont régulièrement transmis au cours de l'année (livret calendaire permettant de consigner les victoires et d'ajouter un mot de félicitations ou d'encouragement de l'enseignant)

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

La DSDEN06 est le principal partenaire du projet. Les professionnels impliqués sont les enseignants formés au GBG (pratiquant sur le temps de classe dans le cadre de leur mission EN), des enseignants remplaçants (mis à disposition par les

circonscriptions et le service départemental de formation lors des journées de formation des enseignants GBG). Les cadres des circonscriptions impliquées sont également investis dans l'organisation et la coordination du projet : IEN, conseillers pédagogiques, coordinateurs REP.

Les communes sont impliquées dans le projet pour faciliter sa réalisation logistique (prêt de salles), et sont investies au titre de leur implication dans la santé scolaire et la prévention en santé mentale : à Antibes, les élus en charge de la santé et de l'éducation, en s'appuyant sur l'expertise de son Conseil Local Santé Mentale enfants, ont déjà soutenu une implantation GBG sur la ville d'Antibes en 2018-2019 et sont particulièrement intéressés par les atouts du programme GBG pour favoriser l'école inclusive ainsi que l'intégration et l'épanouissement des enfants porteurs de handicap.

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

SANTE PUBLIQUE FRANCE est associé au projet puisque son département prévention santé mentale conduit une étude d'efficacité GBG-France sur la base de l'ensemble des données GBG recueillies par GRVS entre septembre 2015 et juin 2022 (la majorité des données depuis 2015 ayant été recueillies dans les Alpes-Maritimes).

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) :

Good Behavior Game – Ecole élémentaire – Stratégie de gestion du comportement – Renforcement positif – Coopération –

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	ANNUEL	PROJET TOTAL (48 mois)
	Co-financements envisagés ou obtenus	
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
(*) <i>voir mentions complémentaires sous le tableau</i>		
Coût total estimé du projet	ANNUEL	PROJET TOTAL

(*) Les ARS sont sollicitées pour assurer le coût des implantations GBG sur le terrain, mais ces implantations s'inscrivent dans un cadre national, le dispositif GBG-France, qui constitue un support de qualité. La qualité de l'implantation GBG dans les Alpes-Maritimes pourra tirer profit :

- De l'étude d'efficacité GBG 2015-2022 réalisé par SPF
- De la base de données centralisée GBG permettant de centraliser et d'analyser les données des Alpes-Maritimes est déjà financée par le Fonds Addictions national et SPF
- De la recherche interventionnelle « GBG, handicap et école inclusive » menée au niveau national, financée par le Fonds Addictions national

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut ²³	Coût annuel (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Chargée de mission GBG	Master 2 (Formation de formateur GBG en interne)	0.60 ETP	S		GRVS
Chargée de mission GBG	Master 2 (Formation de formateur GBG en interne)	0.60 ETP	S		GRVS
Chargée de projet GBG	Master 2 AIR GBG Trainer certificate	0.10 ETP	S		GRVS
Responsable de projet GBG	Doctorat EHESS AIR GBG Trainer certificate	0.05 ETP	S		GRVS
Enseignants et Cadres EN			M	Valorisation DSDEN 06	DSDEN 06

²³ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service

Autres postes de dépenses annuels

Hormis les charges de moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Achat fournitures lors de l'année d'implantation : reprographie des supports pédagogiques pour les enseignants, les classes et les élèves (70 € par enseignant – X € par enfant) – reprographie du matériel d'accompagnement (rapports de scores, grilles d'évaluation : XXX € par école) - Matériel pour les classes (X€ par élève)	
Frais de réception pour chacune des 3 journées de formation en regroupement - X € par personne et par jour : repas de midi et rafraichissement pour 20 enseignants + 3 représentants Education Nationale/conseillers pédagogiques, coordinateurs REP,...) et 2 formatrices	
Frais de déplacement (180 euros par semaine en période scolaire de 35 semaines)	
Frais de gestion (8% du total de la mission : CAC, expert-comptable, charges indirectes)	

Autres informations importantes sur le plan budgétaire : calcul du coût par bénéficiaire et estimation de l'impact économique du projet

Pour pouvoir être comparé aux données de référence existantes²⁴, le calcul du coût de notre projet pour chaque bénéficiaire doit se limiter à prendre en compte le nombre d'élèves constituant les classes des enseignants en cours de formation (première année d'implantation). Pour autant, il faut garder à l'esprit que le coût réel par bénéficiaire décroît en réalité au fil des années, en proportion du nombre d'enseignants qui continuent de pratiquer GBG en autonomie après la première année d'implantation.

L'analyse d'impact socio-économique du WSIPP estime un coût du programme GBG qui atteint 160 USD par bénéficiaire soit xxx €.

Notre projet représente un coût de XXX euros par bénéficiaire

Cependant notre projet comprend un volet d'implantation et de formation comparable aux données de référence (volet 1 « Implantation et formation GBG en une année scolaire », dont inscription dans la dynamique de l'école inclusive), mais également deux volets complémentaires destinés à renforcer l'impact du projet et sa pérennité – et donc à réduire encore plus les coûts - (volets 2 et 3 « dispositif de soutien aux enseignants en autonomie » et « continuité et cohérence du projet d'école avec l'encadrement périscolaire »).

²⁴ Washington State Institute for Public Policy, Good Behavior Game. Public Health & Prevention: School-based. Benefit-cost estimates updated March 2018. Littérature Review updated March 2018, 2019 (November) - <https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/82>

Le tableau suivant permet de distinguer les coûts de notre projet selon qu'ils sont rattachés au volet 1 ou aux volets 2 et 3.

Poste de dépenses	Tps de travail volet 1	Budget volet 1	Tps de travail volets 2 & 3	Budget volets 2 & 3	Budget annuel global
Frais de salaire					
Chargée de mission GBG	0.50 ETP		0.10 ETP		
Chargée de mission GBG	0.50 ETP		0.10 ETP		
Chargée de projet GBG	0.08 ETP		0.02 ETP		
Responsable de projet GBG	0.05 ETP		-		
Autres dépenses					
Matériel, reprographie, frais de réception, frais de déplacement					
Frais de gestion					
TOTAL en euros					

Ainsi, **le volet 1 de notre projet, comparable avec les données de référence, représente un coût de 88 euros par bénéficiaire** (112 790 euros : 1 280 élèves estimés), soit 65% seulement du coût standard du programme.

Par ailleurs, au regard de la méta-analyse de la littérature GBG, le WSIPP estime un ratio coût/efficacité de 1 pour 62 c'est-à-dire qu'un dollar investi aujourd'hui dans l'implantation de GBG permet d'économiser 62 dollars à terme qui n'auront pas à être investis dans l'accompagnement psychologique, social, sanitaire et répressif futur (pour des bénéficiaires enfants devenus adultes).

En reprenant ce ratio, on peut estimer qu'un investissement de 528 940 euros au cours des quatre années du projet (septembre 2021- août 2025) devrait permettre d'effectuer une économie à terme (au cours des vingt prochaines années) de 32 794 280 euros. **Le retour sur investissement est donc particulièrement avantageux.**

Il faut toutefois veiller à implanter le programme en restant fidèle à son protocole et ses éléments-clés (les chances d'obtenir un ratio de 1/62 sont estimées à 76%).



HOME PUBLICATIONS **BENEFIT-COST** CURRENT PROJECTS ALL Q Search

Good Behavior Game
Public Health & Prevention: School-based
Benefit-cost methods last updated December 2019. Literature review updated March 2018.

The Good Behavior Game is a two-year classroom management strategy designed to improve aggressive/disruptive classroom behavior and prevent later criminality. After teachers establish shared behavior expectations in their classroom, teams of students play the game throughout the day and may receive rewards by minimizing negative behaviors. The program is universal and can be applied to general populations of early elementary school children (1st and 2nd grades).

BENEFIT-COST META-ANALYSIS CITATIONS

Benefit-Cost Summary Statistics Per Participant			
Benefits to:			
Taxpayers	\$2,749	Benefits minus costs	\$9,913
Participants	\$3,575	Benefit to cost ratio	\$62.80
Others	\$3,128	Chance the program will produce benefits greater than the costs	76 %
Indirect	\$620		
Total benefits	\$10,073		
Net program cost	(\$160)		
Benefits minus cost	\$9,913		

The estimates shown are present value, life cycle benefits and costs. All dollars are expressed in the base year chosen for this analysis (2018). The chance the benefits exceed the costs are derived from a Monte Carlo risk analysis. The details on this, as well as the economic discount rates and other relevant parameters are described in our [Technical Documentation](#).



Projet Territorial en Santé Mentale

FICHE ACTION

Titre du Projet : Création d'un groupe de réflexion et de travail départemental sur la santé et le bien-être au travail

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Association Stop Burn-Out France SBO « Le Mieux-Vivre l'entreprise »
Nom du représentant légal de la structure	Madame Margareth Barcouda Présidente
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Madame Margareth Barcouda Madame Caroline Jolly
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	50, Boulevard Saint Roch 06 300 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@Mail : associationstopburnout@gmail.com ☎ Mobile : 06.75.95.19.58
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@Mail : cbelle7@hotmail.fr ☎ Mobile : 06.63.64.59.84
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>
--	--

fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	<input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins <input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

3. Description du Projet

Des détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin

(*) un objectif se doit d'être SMART : **Spécifique Mesurable Ambitieux Réaliste Temps situé dans le temps**

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

Les rapports de l'HAS en 2016 et 2017 sur la santé au travail et de la députée Charlotte LECOQ²⁵ sur la santé au travail relèvent à juste titre l'évolution exponentielle du nombre déclaré de personnes en souffrance au travail tous secteurs d'activité confondus. Les conditions de travail actuelles sont de plus en plus difficiles sur le plan psychologique. L'association SBO est un acteur de terrain et de proximité sur ce sujet et œuvre auprès des institutions parlementaires nationales à l'amélioration et la préservation du bien-être au travail sous l'angle individuel et collectif et dispose de statistiques sur cette évolution exponentielle des personnes en situation de détresse psychique et mentale. Les besoins de détection notamment du syndrome d'épuisement professionnel et d'accompagnement personnalisé et efficient des personnes en souffrance au travail sont importants. L'absence de mise en place d'une politique publique destinée à prévenir ou à limiter la survenance de ces risques psychosociaux aurait un impact social, social, économique et financier très lourd sur le plan national. Le syndrome d'épuisement professionnel développe en effet des pathologies de santé connexes dont le coût de prise en charge peut être élevé au-delà de la charge financière des maintiens de salaires des personnes placées en arrêts-maladies de longue durée.

La question se pose également en termes de conduites addictives. Les consommations d'alcool, de drogues ou de médicaments psychotropes concernent un grand nombre de personnes en population générale ainsi qu'en milieu de travail. A ce niveau, tous les secteurs d'activité sont concernés.

Les consommations de substances psychoactives dans l'entreprise sont d'abord l'alcool, puis les médicaments psychotropes, suivis du cannabis. Selon le baromètre santé 2010 de Santé Publique France, 16 % des actifs occupés déclarent consommer de l'alcool sur le lieu de travail en dehors des repas et des pots entre collègues. D'après une enquête française publiée en 2007 [10], 16,6 % des salariés ont recours à des médicaments psychotropes (somnifères, anxiolytiques ou antidépresseurs).

Une expertise collective de l'Inserm publiée en 2003, rapportait les résultats de différentes études sur les circonstances favorisant la consommation d'alcool au travail. Parmi elles, peuvent être citées : le stress, les exigences liées aux postes de sécurité, certains rythmes de travail dont le travail posté, les habitudes de consommation dans l'entreprise, les repas d'affaires.

Concernant les conséquences de ces consommations en milieu professionnel, on estime que 15 à 20% des accidents de travail seraient dus à la consommation d'alcool, la majorité survenant chez des personnes non alcoolo-dépendantes.

De plus, la dernière étude de Malakoff Humanis²⁶ sur l'impact de la crise sur l'organisation du travail et la santé des salariés alerte sur la dégradation de l'état de santé des salariés, les arrêts maladies qui pourraient en découler et le manque d'écoute psychologique. La dysrythmie sociale et l'épuisement professionnel sont au cœur du problème, tout comme des syndromes annexes relatifs au stress chronique. La crise sanitaire a provoqué une rupture des rythmes sociaux dans la vie privée et la vie professionnelle des actifs ce qui provoque une forte croissance de l'épuisement professionnel d'une part et un ralentissement de leur activité pour d'autres.

²⁵ <https://www.sante-et-travail.fr/system/files/inline-files/Rrapport%20mission%20SST%20Lecocq%2007%202018.pdf>

²⁶ <https://newsroom.malakoffhumanis.com/actualites/malakoff-humanis-decrypte-limpact-de-la-crise-sur-lorganisation-du-travail-et-la-sante-des-salaries-a-travers-les-resultats-de-ses-etudes-teletravail1-et-absenteisme2-realisees-en-mai-2020-40ce-63a59.html>

L'une des raisons de ce désastre est l'absence de prise en compte de la dimension psychologique et émotionnelle des salariés.

Si aucune prévention n'est instaurée, y compris par l'enrichissement du dialogue social et la mobilisation des représentants du personnel et des services de la santé au travail, il y a un risque majeur de décrochage des salariés.

Il est donc nécessaire de rétablir la confiance pour faire face à cette pandémie et toujours tisser les liens. La santé mentale passe par la perception du rôle du salarié dans son environnement.

Au regard de ses constats nous souhaitons, la création d'un groupe de travail permanent sur ce sujet de la santé au travail pour envisager une stratégie locale de prévention et de promotion de la santé au travail.

B. Objectif général (*) :

Réfléchir à une stratégie locale de Prévention et de promotion de la santé au travail, plus particulièrement les risques psychosociaux

C. Objectifs opérationnels :

- Créer une dynamique partenariale locale d'acteurs de la Santé en Travail
- Identifier des programmes de prévention des risques psychosociaux en entreprise (probants, prometteurs...)
- Entamer une réflexion sur la formation initiale et continue des RH et Manager

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Identifier les différents partenaires et mobiliser acteurs départementaux des alpes Maritimes intervenants sur le sujet du bien-être au travail
- Constituer le groupe de travail et de réflexion départemental
- Faire une revue de la littérature pour identifier les programmes existants ici ailleurs
- Elaborer et =/ou implanter au sein d'entreprise(s) volontaires un/des plans d'action
 - Activité qui fera l'objet d'une fiche action spécifique plus tard

E. Bénéficiaires :

- Les entreprises privées et publiques dans l'intérêt de leurs effectifs de personnel
- Les fédérations professionnelles tous secteurs d'activités confondus
- Les professionnels indépendants
- Les dirigeants d'entreprise

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Département des Alpes-Maritimes (06)

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

Matériel

Mise à disposition gracieuse de lieux de réunion institution et partenaire

Humain

- 1 Psychologue Chef de Service de l'ANPAA06
- 1 Médecin Psychiatre du CHU – Chef de Service du CAP
- 1 Experte Qualité de Vie au Travail Asso Stop Burn OUT
- La Président de Stop Burn Out
- Et autres personnes qualifiées invitées au groupe

H. Modalités de suivi :

- Mettre en place un calendrier des réunions du groupe de travail
- Compte rendu/synthèse des travaux

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

Evaluation de Processus

- Nbre des réunions du groupe de travail
- Nbre et type de partenaires sollicités
- Nbre et type de partenaires mobilisés au sein du groupe de travail
- Nbre et type de programmes, d'actions sur le bien-être au travail, identifiés

Résultats attendus

- Meilleure connaissance des acteurs territoriaux œuvrant dans le champ de la santé au travail
- Meilleure connaissance des programmes, actions menées sur le bien-être au travail
- Enrichissement des pratiques professionnelles
- Emergence de projets, pouvant être proposés à la mise en place dans des entreprises volontaires

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

- 1.** Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Les actions de sensibilisation et de récolte des données de santé au travail se feront par une prise de contact direct avec les entités juridiques locales tous secteurs professionnels confondus, à savoir :

- . Les représentants des entreprises privées et publiques dans l'intérêt de leurs effectifs de personnel
- . Les représentants des fédérations professionnelles tous secteurs d'activités confondus
- . Les professionnels indépendants
- . Les dirigeants d'entreprise

Une information sera diffusée de manière collective et individuelle pour recueillir les témoignages des personnes en activité professionnelle dans ces entités ou exerçant pour leur propre compte.

Les usagers seront impliqués au projet par une intégration volontaire et consentie de leur part pour une analyse de leur état de santé et de bien-être au travail à travers un parcours d'accompagnement qui aura préalablement été défini par le groupe de travail et de réflexion. La confidentialité sera le fondement des échanges permettant d'être un levier d'implication et de motivation des usagers à répondre aux sondages.

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

Les familles pourront être associées au recueil des données sur l'état de santé de leurs proches en activité professionnelle. Les familles seront impliquées à travers le suivi individuel des personnes en situation de difficulté du fait de leur environnement professionnel et intégrées au parcours d'accompagnement en santé. Cette action passera par une campagne de sensibilisation à destination des familles des personnes en fragilité physique et psychique.

Un programme de soutien aux aidants destiné à recueillir les données situationnelles et les besoins d'accompagnement et de prise en charge pourra être élaboré et mis en

œuvre par les partenaires ciblés. Le mode de gestion de la codépendance sera également pris en compte.

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
5. Autres acteurs
 - Le Docteur Catherine Thiery, médecin-psychiatre au CHU Pasteur de Nice
 - Monsieur Vincent Laroche de l'ANPAA (thématique du développement des addictions)
 - Monsieur Dr Bernard Salengro – APAMETRA BTP
 - Monsieur José-Manuel Castillo, Doctorant en psychologie du travail à l'Université de Nice (*Thèse en cours sur la pression de la technologie numérique dans la sphère professionnelle et ses incidences sur la santé psychique des salariés / « le technostress »*)
 - L'ANACT-L'ARACT
 - L'INRS
 - La DIRRECTE
 - Les Représentant des organisations patronales
 - Les médecins conseils de la Sécurité Sociale
 - Les organismes de Médecine du travail (MSA, AMETRA, BTP, ...)

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		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut²⁷	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Margareth BARCOUDA			B		SBO
Caroline JOLLY	Expert QVT		P		MEDIATIS-MCF
Vincent LAROCHE	Psychologue		B		ANPAA
Catherine THIERY	Psychiatre		B		CHU Pasteur
Secrétariat		0.25	S		SBO

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
<i>Frais de déplacements</i>	

²⁷ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale FICHE ACTION

Titre du Projet : Adaptation et expérimentation du Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP) en milieu pénitentiaire – Maison d’arrêt de Grasse

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CODES 06
Nom du représentant légal de la structure	Pr Liana Euller Ziegler – Présidente
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Corinne Roehrig – Pilote national du programme PSFP Agnès PARIS – Co-pilote national
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	27 bd Paul Montel bât Ariane 06200 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	cpatuano@codes06.org / 04 93 18 80 78
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ roehrigsaoudi@wanadoo.fr ☎ 06 81 87 35 12 @ aparis@codes06.org ☎ 04.93.18.80.78
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 – L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 – La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence</p>
--	--

	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 – L’action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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. Les projets seront étudiés au regard de ces critères, merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 – Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d’accès à l’information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d’accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l’usager <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l’intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d’accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 – Besoin d’évolution des politiques publiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 – Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

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...)

Cadre général du soutien à la parentalité

Les compétences psychosociales sont des outils intellectuels et comportementaux qui permettent aux individus d'interagir de façon satisfaisante avec leurs environnements et d'exercer une influence positive sur eux-mêmes et leur entourage. Elles contribuent en ce sens à favoriser le bien-être physique, mental et social, et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes ayant des incidences négatives sur la santé des individus et des communautés, en particulier sur leur santé mentale.

Les compétences parentales intègrent l'ensemble des compétences psychosociales précédemment définies dans le sens où elles peuvent être mobilisées dans le cadre des relations et des interactions que les parents entretiennent avec leurs enfants. Les compétences mises en œuvre par les parents et celles développées par les enfants sont par ailleurs étroitement liées.²⁸

Les programmes de soutien à la parentalité sont élaborés à partir des données mettant en avant l'influence de la qualité des interactions parent-enfant sur le développement social, cognitif et émotionnel de l'enfant (e.g., Landry et al., 2003). Les interactions parent-enfant sont elles-mêmes, en grande partie, dépendantes de certaines pratiques parentales.

Ces études insistent et argumentent l'intérêt d'accompagner les parents dans leur parentalité, que ce soit en prévention universelle ou en prévention indiquée. Le programme PSFP est référencé par Santé Publique France comme un programme à données probantes, de renforcement des compétences parentales. La présente fiche action a pour ambition de s'appuyer sur l'expérience française du déploiement de PSFP en prévention universelle, pour expérimenter un programme spécifique à destination « **des pères incarcérés** ».

Parentalité et incarcération

140.000 enfants se retrouvent chaque année séparée d'un parent détenu, dans 96% des cas il s'agit du père. Le maintien du rôle parental effectif est un besoin et une souffrance pour les parents incarcérés, le séjour en prison brouille l'image parentale, affecte leur confiance en eux et limite leur capacité à agir efficacement. Au-delà du stress, s'installent de nombreux questionnements : comment exercer son rôle de parent, dialoguer, poser des limites quand on a soi-même enfreint la loi ? A la maison d'arrêt de Grasse, ces observations sont le quotidien des professionnels qui entourent les pères incarcérés : professionnels du Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, psychologues de l'Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire, et intervenants de l'association HARPEGES. Les difficultés inhérentes à l'exercice de la parentalité pendant la période de détention sont largement observées lors de consultations individuelles avec les psychologues de l'USMP. En 2010, la création d'un groupe de parole de soutien à la parentalité est mise en place en collaboration avec l'association Harpèges. Le groupe co-animé par les psychologues des deux structures, est proposé à 8 détenus, à la fréquence d'une séance par mois. Au cours de ces séances, l'absence physique des mères et des enfants, partenaires incontournables des échanges sur la parentalité, est un frein. La connaissance du déploiement de PSFP en quartier défavorisé apparaît alors comme une opportunité. Au-delà des contenus adaptés aux problématiques du public ciblé, la méthode peut répondre à ce manque

²⁸ Document téléchargé depuis www.cairn.info

; nait alors la volonté d'adapter le programme au système carcéral et de le proposer aux familles des pères incarcérés à Grasse. Le projet s'appuie sur un partenariat solide, la forte volonté d'agir en faveur de la réinsertion, l'adaptation concluante de PSFP chez les mères incarcérées aux USA et des valeurs partagées pour la promotion de la santé mentale visant à renforcer ou restaurer les facteurs de protection.

Projet et partenariats

Le projet est né :

- d'un partenariat antérieur entre les différents acteurs de terrain impliqués dans ce projet,
- de valeurs partagées dans le champ de la promotion de la santé mentale, qui vise à renforcer ou restaurer les facteurs de protection,
- de l'adaptation concluante de PSFP chez les mères incarcérées aux USA,
- du faible nombre de programmes existants à l'international à destination des pères, et de leur absence en France,
- de la volonté des partenaires engagés à agir en faveur de la réinsertion des pères incarcérés.

Sa réalisation est portée par les partenaires internes et externes à la prison, une réflexion ayant déjà été engagée avec eux particulièrement sur les conditions de faisabilité de l'action :

- modalités du choix des pères : préoccupations paternelles préalables, compatibilités familiales, contacts avec les mères, âges des enfants, ...
- modalités opérationnelles de mise en place du programme avec les familles : lieux d'animation, autorisations de sortie, horaires, transports
- constitution et formation de l'équipe projet : lieux de formation, adaptation de la formation

Et sur les liens partenariaux internes/externes pour suivre les pères et leurs familles à la sortie de prison.

B. Objectif général (*) :

Développer les compétences parentales des pères incarcérés à la maison d'arrêt de Grasse pour contribuer au maintien du rôle parental des pères au bénéfice de la santé mentale des pères et de la famille en perspective de la libération des détenus.

C. Objectifs opérationnels :

En amont une revue de la littérature internationale et nationale a été réalisée afin d'alimenter et d'enrichir les travaux.

- Définir et valider les étapes du projet avec l'ensemble des partenaires impliqués
- Constituer le groupe de familles concernées
- Adapter les supports d'animation
- Former les professionnels (issus du SPIP, de la Maison d'arrêt, de l'Association Harpeges, Unité de soins en milieu pénitentiaire)
- Mettre en place les sessions d'animation auprès des familles volontaires
- Evaluer la satisfaction et l'impact du programme, chez les bénéficiaires et les professionnels associés
- Modéliser l'implantation en contexte pénitentiaire

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Pour l'objectif 1 – définir et valider les étapes du projet avec l'ensemble des partenaires impliqués

- Mobiliser l'ensemble des partenaires internes et externes indispensables au suivi des pères et des familles, pendant la période d'incarcération et après
- Identifier les éléments de contrainte du contexte pénitentier

- Pour la logistique (lieux de formation, lieux d'animation du programme, conditions de sortie,...)
- Dans les modalités de sélection des pères (liens familiaux persistants, lieux de résidence, investissement dans son rôle parental...)
- Dans l'adaptation des sessions de PSFP (nombre et fréquence des sessions, thèmes à privilégier en lien avec la réalité du terrain ...)
- Élaborer le protocole d'implantation
- Mettre en place un journal de bord de suivi de l'expérimentation

Pour l'objectif 2 – constituer le groupe de familles cible

- Présenter le projet à l'ensemble des professionnels de la prison
- Sélectionner des pères susceptibles de participer
- Présenter le projet aux pères
- Assurer le lien et la mobilisation des familles

Pour l'objectif 3 – Adapter les supports d'animation

- Ajuster les livrets d'animation (parents/enfants/familles)
- Ajuster les livrets parents et enfants

Pour l'objectif 4 – former les professionnels

- Adapter la formation au contexte
- S'assurer de l'organisation logistique
- Evaluer la formation

Pour l'objectif 5 - Mettre en place les sessions d'animation auprès des familles volontaires

- 1. Identifier les lieux favorables à l'accueil des détenus et de leurs familles (critères définis en objectif 1)
- 2. S'assurer de l'organisation logistique
- 3. Animer les sessions
- 4. Accompagner les professionnels tout au long des sessions (observation des sessions, échanges de pratiques, régulation)

Pour l'objectif 6 - Evaluer la satisfaction et l'impact du programme, chez les bénéficiaires et les professionnels associés

- 1. Élaborer le protocole d'évaluation avec l'ensemble des partenaires et plus particulièrement le Laboratoire de Psychologie de Nice
- 2. Recueillir et analyser les résultats

Pour l'objectif 7- Modéliser l'implantation en contexte pénitentiaire

- 1. Analyser l'ensemble des résultats des différentes étapes du projet
- 2. Élaborer des recommandations
- 3. Synthétiser sous forme de modèle reproductible

E. Bénéficiaires :

Les familles avec enfants âgés de 3 à 11 ans dont le père est incarcéré à la maison d'arrêt de Grasse pour un motif qui leur permet d'entrer en contact avec leur compagne ou ex compagne ou avec leurs enfants. La date de sortie de détention ne doit pas être trop proche afin de permettre à la famille de participer à l'intégralité du programme.

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

La Maison d'arrêt de Grasse

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

CODES 06

- 1 cheffe de projet PSFP pour son expertise sur le programme
- 1 co-pilote du programme PSFP
- 1 Chargée de projets
- 1 Personne chargée du suivi administratif et financier du projet

Maison d'arrêt de Grasse (USMP et SPIP)

- 1 psychologue pour l'USMP
- 2 SPIP milieu fermé
- 1 SPIP milieu ouvert

L'association HARPEGES

- 1 psychologue

Partenariat Universitaire Faculté de Psychologie

- 1 Pr de psychologie
- 1 assistant de recherche

Ville de Grasse

- 1 référent parentalité

H. Modalités de suivi :

- Comité de suivi - planification
- Compte-rendu de réunion
- Journal de bord

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

Valider les étapes du projet avec l'ensemble des partenaires impliqués

- Recensement des contraintes logistiques et administratives
- Nombre et types des contraintes

Communication auprès des professionnels de l'administration pénitentiaire

- Nombre et qualité des participants aux réunions d'information
- Nombre de documents distribués
- Nombre de réunions organisées
-

Identification et sélection des pères susceptibles de participer

- Nombre de pères d'enfants de 3 à 11 ans
- Nombre de pères déclarant un intérêt pour la problématique « parentalité »
- Nombre de pères permissionnables
- Nombre de pères en fin de peine
- Nombre de pères dont la famille est à proximité géographique

Recrutement des pères

- Nombre de pères ayant accepté de participer au programme

Assurer le lien avec les familles et leur mobilisation

- Nombre de familles rencontrées
- Nombre de familles ayant accepté de participer au programme

Adaptation des supports d'animation

- Thèmes des sessions retenus
- Nombre de sessions retenues
- Durée des sessions

Former les professionnels au programme

- Nombre et qualité des participants
- Nombre de jours de formation
- Satisfaction des participants
- Nature des nouvelles compétences acquises par les participants

Mettre en place les sessions d'animation et accompagnement

- Nombre de sessions réalisées
- Fréquence et durée des sessions
- Nombre de familles participantes
- Taux d'assiduité des familles
- Fidélité au programme
- Nombre de détenus ayant participé au programme
- Nombre moyen de séance par détenu
- Nombre de sessions observées
- Nombre de temps de régulation organisés

Evaluer la satisfaction et l'impact du programme auprès des bénéficiaires et des professionnels associés

- Assiduité des familles
- Fidélité au programme
- Satisfaction des familles
- Compétences parentale et impact sur la santé mentale des parents
- Impacts sur la qualité de vie des enfants / troubles du comportement
- Nombre de réunions de l'équipe projet
- Nombre d'entretiens d'évaluation réalisés avec les familles
- Nombre de professionnels interrogés
- Nombre de questionnaire de satisfaction diffusés / reçus

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Une information détaillée du programme sera faite auprès de l'ensemble des professionnels de la maison d'arrêt, qui pourront être les vecteurs de l'information sur PSFP auprès des détenus.
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Les pères/les familles bénéficiaires, au-delà de leur participation aux sessions de PSFP, seront les témoins privilégiés de l'adaptation du programme au milieu où il sera déployé. L'évaluation générale du projet et leurs observations pourront infléchir la modélisation du programme. On peut envisager également qu'ils en deviennent les promoteurs.
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
 - Maison d'arrêt de Grasse (USMP et SPIP milieu fermé et milieu ouvert)
 - L'association HARPEGES
 - La Faculté de Psychologie cognitive et développementale Nice Sophia Antipolis
 - Ville de Grasse
 - Le Tribunal d'Application des Peines de Grasse
 - L'administration pénitentiaire
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
La faculté de psychologie cognitive et développementale (Equipe Michael Fartoukh)
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...) personnes incarcérées
- 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) :

Parentalité, compétences familiales, égalité des chances, milieu carcéral, réinsertion

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut²⁹	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Cheffe de projet	Médecin de santé publique	20 jours	S		CODES 06
Copilote	Cadre de santé	19 jours	S		CODES06
Psychologue – animatrice des ateliers parents	Psychologue	3 jours	S		CODES 06
Consultant universitaire		3 jours	P		Université Nice Côte d'Azur
Assistant de recherche		14 jours	P		Université Nice Côte d'Azur
Animatrice des ateliers parents	Psychologue	17 jours	S		Harpèges

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Déplacements	
Location de salle	
Frais de gestion	

²⁹ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale FICHE ACTION

Titre du Projet: “Appui et développement des CLSM dans les Alpes-Maritimes”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CODES 06
Nom du représentant légal de la structure	Pr Liana Euller Ziegler
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Jean Yves Giordana
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	27 Bd Paul Montel Bât Ariane 06200 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ cpatuano@codes06.org ☎04.93.18.80.78
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ jygiordana@codes06.org ☎04.93.18.80.78
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p>
---	--

	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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. Les projets seront étudiés au regard de ces critères, merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

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...)

Le département des Alpes Maritimes est doté de 10 Conseils Locaux de Santé Mentale, principalement localisés sur le littoral à des niveaux d'avancement très hétérogènes.

Cependant les postes de coordination sont souvent à temps partiel, occupés par des agents territoriaux mobilisés sur d'autres missions ne permettant pas toujours d'investir la mission de coordination territoriale comme ils le souhaiteraient.

A cette situation se rajoute un sentiment d'isolement dans la réalisation de leur mission au sein de la collectivité.

Aujourd'hui il est indéniable que les dynamiques de territoires portées par les CLSM répondent aux besoins des patients, de leurs familles et des professionnels de proximité.

Leur développement sur le département constitue un levier majeur pour la prise en compte de la santé mentale dans les politiques publiques territoriales, le découloignement, la concertation et la coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants.

Afin de leur permettre de partager leurs expériences, d'échanger autour de projets communs et de valoriser les expériences/initiatives de chaque territoire, il est proposé de mettre en place une animation départementale des CLSM.

B. Objectifs généraux (*) :

- Impulser une dynamique départementale entre CLSM des Alpes Maritimes
- Promouvoir auprès des communes/intercommunalités des approches locales et participatives des questions de Santé Mentale par la création de CLSM

C. Objectifs opérationnels :

- Favoriser le partage d'expériences, d'initiatives entre les coordonnateurs des CLSM du département
- Promouvoir la démarche CLSM auprès des élus locaux pour encourager la création de nouveaux CLSM

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

- Animation de 3 rencontres collectives par an, la première étant destinée à faire le relevé de besoins des coordonnateurs CLSM
- Sensibilisation des élus locaux à leur rôle dans les politiques de santé mentale et à la facilitation au recours aux soins de la population
 - ▶ Co-construction avec la DD06 ARS d'une stratégie de promotion de la démarche CLSM auprès des élus locaux
 - ▶ Organisation de rencontres territoriales
- Relais de communication des événements organisés par les CLSM notamment dans le cadre de la SISM

E. Bénéficiaires :

- Les coordonnateurs CLSM volontaires
- Les élus, les collectivités et les intercommunalités

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Le Département des Alpes-Maritimes

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

L'équipe d'animation du PTSM 06

H. Modalités de suivi :

Calendrier de Rencontres – coordonnateurs – élus

Compte-rendu des rencontres coordonnateurs – élus

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

- Evaluation de Processus
 - Nombre de rencontres avec les coordonnateurs
 - Nombre de rencontres/sensibilisation à destination des élus
 - Nombre et qualité des participants

- Résultats attendus
 - Enrichissement des pratiques professionnelles
 - Emergence de projets, de réflexions communes aux CLSM
 - Demandes d'appui à la mise en place de CLSM

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

- 1.** Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Les représentants des usagers font partie des COPILS des CLSM

- 2.** Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Les représentants des familles font partie des COPILS des CLSM

- 3.** Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
La DD06ARS – co-construction de la stratégie de promotion de la démarche CLSM auprès des élus locaux

- 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) :

Echanges de pratiques – Politiques publiques

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut³⁰	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Animateur PTSM	Psychiatre				CODES06
Soutien à l'animation	Chargée de projet et/ou directrice				CODES06

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)

³⁰ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale DOSSIER d'INTENTION

Titre du Projet : “Formation des agents territoriaux (ville et CCAS) à une approche bienveillante de la santé mentale”

1. Informations Générales

Nom de la structure	Ville d'Antibes
Nom du représentant légal de la structure	Monsieur le maire Par délégation l'adjoint à la santé
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Pascaline Durand Coordonnateur CLSM
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Promotion santé – DAML – DSEDD Hôtel de ville Cours Masséna – 06600 Antibes
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	Eric.duplay@ville-antibes.fr 04.92.90.67.49
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	Pascaline.durand@ville-antibes.fr ☎06.26.954.214
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p>
---	---

	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Période de réalisation de l'étude de faisabilité	

2. Constats/problèmes transversaux du 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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	---

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) :

Bienveillance – Cité inclusive - Citoyenneté.

3. Description de l'étude de faisabilité & du projet

(*) 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 contexte actuel de la pandémie Covid 19 est très anxiogène et délétère ; l'impact sur la santé mentale de la population est important. Il est donc nécessaire de le prendre en compte par la collectivité territoriale, tant au niveau de ses habitants que de ses agents territoriaux (Ville et CCAS).

De plus, cette situation pandémique inédite fragilise encore plus les personnes vivant avec des troubles psychiques ou handicaps psychiques. Elles ont besoin d'être accueillies et accompagnées avec encore plus de compréhension et de bienveillance. Or, il est souvent constaté que ces personnes font peur aux autres, par méconnaissance et incompréhension de leurs particularités et besoins spécifiques.

C'est pourquoi, la ville d'Antibes et le CCAS, via son CLSM, souhaitent mettre en œuvre une sensibilisation/formation de ses agents en contact avec le public, sur le thème d'une approche bienveillante en santé mentale, à partir des ressources locales et selon les recommandations de l'OMS.

L'animation pédagogique de la sensibilisation/ formation sera basée sur l'interactivité, l'écoute, la valorisation et la bienveillance.

B. Description du projet à l'étude :

- Intitulé du projet à l'étude
 - Sensibilisation/formation des agents territoriaux (ville et CCAS) à une approche bienveillante de la santé mentale.
- Objectif général
 - Développer chez les agents territoriaux (ville et CCAS) un regard et une approche bienveillants en santé mentale.
- Objectifs opérationnels *
 - Mobiliser, fédérer et mutualiser les services et les directions concernées de la Ville et du CCAS pour organiser la sensibilisation /formation des agents.
 - Faire un état des lieux des ressources pédagogiques existantes localement ; formateurs, associations d'usagers, théâtre interactif...
 - Co -construire un programme de sensibilisation/ formation adapté.
 - Opter pour un budget minimal.
- Plan opérationnel /description déroulement du projet (si possible)
 - Présenter le projet aux responsables de la Commune et du CCAS
 - Etudier avec la DRH/ Service Formation, les modalités administratives et logistiques de la sensibilisation/formation et estimer le nombre de bénéficiaires.
 - Recenser les ressources pédagogiques existantes
 - Prévoir le montant du budget
 - Constituer un groupe de travail avec les professionnels, les représentants des familles et des associations d'usagers.
 - Créer les modules de sensibilisation/formation

- Programmer la sensibilisation/formation en adéquation avec le contexte épidémique évolutif
- Réaliser la sensibilisation/formation
- Evaluer
- Bénéficiaires
 - Agents territoriaux (ville et CCAS)
- Place des usagers/des familles
 - Implication si possible dès le début du projet et à toutes les étapes de la réalisation du projet.
- Périmètre/territoire géographique d'implantation pressentis
 - Commune d'Antibes
- Modalités de suivi
 - Tableau de bord
 - Comptes rendus de réunion
 - Calendrier des actions et séances de sensibilisation/formation
- Critères et indicateurs d'évaluation : évaluation de Processus ; résultats attendus (si possible)
 - Adhésion et soutien des directeurs de la ville et CCAS
 - Implication du Service Formation/RH
 - Participation effective des représentants des familles et des usagers
 - Programmation annuelle des actions sensibilisation/formation : Nombre d'actions réalisées
 - Budget modéré
 - Nombre d'agents bénéficiaires
 - Satisfaction des agents bénéficiaires
 - Satisfaction des intervenants
 - Adaptation au contexte épidémique covid 19
 - Pérennisation de la sensibilisation/formation
 - Transférabilité dans d'autres collectivités territoriales.

C. Etude de faisabilité :

- Objet de l'étude de faisabilité (étude des partenariats, des besoins, acceptabilité du projet par les acteurs / les populations etc.) :
 - Etude de partenariat interne et externe
 - Analyse de l'acceptabilité du projet par les responsables décideurs
 - Analyse des possibilités d'implication des représentants des usagers
 - Analyse de l'existence et de la disponibilité des ressources pédagogiques locales
 - Estimation budgétaire et recherches de financements (PTSM 06)
- Calendrier de l'étude :
 - Un semestre
- Partenaires associés à cette étude (composition de l'équipe projet)
 - Coordinatrice Conseil Local de Santé Mentale – CLSM de la Ville d'Antibes
 - Coordinatrice Point Handicap –PH- du CCAS
 - Coordinatrice Réseau Santé Précarité – RSP- du CCAS

- Méthodes de travail
 - Réunions et rencontres partenariales pluridisciplinaires
 - Démarche participative
 - Contenu et méthodes pédagogiques en références aux recommandations de l'OMS
 - Partage des outils démarche projet : Fiche projet/Tableau de bord /Compte rendu de réunions/Bilans de formation...

D. Autres informations utiles :

Le projet pourra s'inspirer d'actions similaires et efficaces déjà réalisées par d'autres CLSM.

La donne de la pandémie du Covid sera prise en considération tant dans les objectifs de bienveillance, que les modalités organisationnelles (précautions sanitaires, anticipation et souplesse d'organisation et de programmation).



Projet Territorial en Santé Mentale

FICHE ACTION

Titre du Projet : “ Organisation de Formations PSSM sur les Alpes-Maritimes”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	UNAFAM
Nom du représentant légal de la structure	Présidente : Marie-Jeanne Richard
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Brigitte Losfeld Déléguée départementale adjointe Unafam 06 Formatrice accréditée PSSM France
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	12 Villa Compoin 75017 PARIS Et délégation Unafam 06 : 26 rue Cafarelli - 06000 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ formation@unafam.org ☎ 01 53 06 36 47...
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@brigitte.losfeld@laposte.net ☎06.03.22.19.24
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 1 - Le repérage précoce des troubles psychiques, l’accès aux diagnostic, soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p>
---	---

	<input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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. Les projets seront étudiés au regard de ces critères, merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

3. Description du Projet

Des détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin

(*) un objectif se doit d'être SMART : **Spécifique Mesurable Ambitieux Réaliste Temps situé dans le temps**

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

Les Premiers Secours en Santé Mentale constituent l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début d'un trouble de santé mentale, une détérioration d'un trouble de santé mentale, ou qui est dans une phase de crise de santé mentale. Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premiers secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté. L'objectif est de dispenser cette formation à un public large (550 000 personnes entre 2001 et 2016 en Australie), pour contribuer à déstigmatiser les troubles psychiques en faisant évoluer les représentations sociales sur les pathologies, mais aussi à améliorer la situation des personnes touchées par ces troubles en réduisant leur isolement.

Le dispositif a l'avantage de proposer à un niveau national des contenus de formation et supports pédagogiques homogènes, validés et connus par tous (pouvoirs publics, représentants des usagers, professionnels...). Ces supports sont actualisés régulièrement au gré des avancées en matière de recherche, de politique de santé, de demande sociale. Le projet permet également de s'inscrire dans un programme international structuré, ayant fait l'objet de nombreuses études de mesure d'impact et de bénéficier de l'expérience acquise par les pays précurseurs.

Le gouvernement a intégré la formation des étudiants aux PSSM comme une des 25 « mesures phares » de santé publique pour la période 2019-2022 dans le cadre de sa feuille de route en santé mentale et psychiatrie.

Le détenteur de la licence en France est PSSM France, association de 3 partenaires : l'INFIPP, Santé Mentale France et l'UNAFAM.

B. Objectif général (*) :

Favoriser le repérage des troubles psychiques, l'intervention précoce et renforcer l'aide apportée aux personnes en crise.

C. Objectifs opérationnels :

- Travailler sur représentations sociales des pathologies mentales
- Acquérir des connaissances de base concernant les troubles et les crises en santé mentale ainsi que leur repérage.
- Développer des compétences relationnelles : écouter sans jugement, rassurer, adopter un comportement adapté pour apporter une aide.
- Informer, renseigner sur les ressources disponibles, encourager à aller vers les professionnels adéquats et en cas de crise relayer au service le plus adapté.
- S'approprier et expérimenter un plan d'action qui peut être utilisé pour apporter un soutien immédiat sur des problèmes de santé mentale

A. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

- **Organiser 3 sessions annuelles de formation** sur les Alpes Maritimes à destination
- **Durée de la formation**
14h sur deux jours consécutifs
- **Programme détaillé de la formation**

La formation apprend comment fournir un soutien initial aux personnes qui subissent le début de troubles de santé mentale, la détérioration de troubles existants de santé mentale ou des crises de santé mentale. Elle aborde :

- Les troubles de santé mentale émergents : dépression, anxiété, psychose, problèmes liés à la consommation de substance
- Les crises en santé mentale : pensées et comportements suicidaires, attaques de panique, événements traumatiques, états sévères de psychoses, effets sévères liés à l'utilisation de l'alcool et de substances toxiques, conduites agressives.

- **Méthodes pédagogiques**

- Apports théoriques liés à des situations vécues, et débats à partir de supports vidéo
- Echanges sur les expériences et interactivité (dont des mises en situation et des outils pédagogiques interactifs)
- Remise du manuel PSSM France à chaque secouriste en santé mentale à l'issue de la formation

Une démarche pédagogique participative pour prendre confiance dans l'interaction avec des personnes éprouvant un problème (voire en crise) de santé mentale ; revoir ses représentations concernant la santé mentale ; renforcer l'aide apportée aux personnes en crise ou éprouvant un problème de santé mentale.

- **Intervenants**

Formateurs accrédités PSSM France

D. Bénéficiaires :

16 participants maximum - professionnels non médicaux, bénévoles, citoyens
(Aucun prérequis n'est nécessaire, sinon un intérêt pour ces questions) par session

E. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Alpes maritimes

F. Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet :

- 1 formateur accrédité
- 1 salle de formation
- Matériel informatique
- Manuels PSSM France pour les secouristes

G. Modalités de suivi :

- Planning des formations
- Listes des inscrits
- Listes d'émargement
- Questionnaire numérique d'évaluation PSSM France (lien transmis aux stagiaires)
- Remise de l'attestation de formation par PSSM France (dispositif Datadocké)

H. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs :

- Evaluation de Processus
 - Nombre de formations réalisées
 - Nombre de personnes formées
 - Type de personnes formées
- Résultats attendus
 - Déployer le dispositif des formations PSSM pour :
 - Contribuer au repérage précoce des personnes en difficulté
 - Contribuer à la déstigmatisation des troubles psychiques

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
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) :

Repérage, intervention, précoce

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	Co-financements envisagés ou obtenus	
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut³¹	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Formateur accrédité	Accrédité PSSM	0.02	P		UNAFAM

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Edition des Manuels secouristes (48 manuels)	
Location de Salle	
Frais déplacement/hébergement/Stationnement ...	

³¹ **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale – FICHE ACTION

Titre du Projet : “Formations au repérage, évaluation et intervention en crise suicidaire”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CODES06
Nom du représentant légal de la structure	Pr Liana Euller Ziegler – Présidente
Nom, prénom, fonction des référents du projet	Chantal Patuano – Directrice Emilie Marcel – Chargée de Projets
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	27 Boulevard Paul Montel « Bât Ariane » 06200 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	cpatuano@codes06.org Tél. 04 93 18 80 78
Adresse électronique et téléphone des responsables du projet	cpatuano@codes06.org emarcel@codes06.org
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « Case activée »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le</p>
--	--

	renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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. Les projets seront étudiés au regard de ces critères, merci de sélectionner le ou les constats en lien avec votre projet

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

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
Temps situé dans le temps

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

Extrait de la feuille de route santé mentale et psychiatrie :

En 2015, on a dénombré 8948 suicides et 200 000 tentatives de suicide en France métropolitaine. En France le taux de suicide est de 13,7 / 100 000 habitants, soit un des taux les plus élevés en Europe³². En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie est de 7,6 % (taux brut²) Le taux de mortalité par suicide en France dépasse de 17% la moyenne européenne. Pour chaque décès par suicide, ce sont 7 personnes qui sont significativement impactées et 26 personnes endeuillées. Le coût sociétal d'un suicide est de 350 000 euros et le coût sanitaire d'une tentative de suicide de 5000 à 15 000 euros. Les études sur les facteurs de risque du suicide confirment qu'un antécédent de tentative de suicide est le facteur de risque le plus important : il multiplie par 4 le risque de suicide ultérieur, par 20 dans l'année suivant la tentative. En 2020, le Ministère des solidarités et de la santé a défini une nouvelle stratégie multimodale de prévention du suicide qui comprend notamment un dispositif de formation des professionnels.

L'objectif de ces formations **est l'amélioration du repérage et de la prise en charge des personnes en crise suicidaire par la création d'un réseau** en adaptant le contenu de la formation aux rôles, compétences et responsabilités des différents intervenants à chacune de ces étapes.

Trois nouveaux modules de formation sont ainsi proposés aux professionnels et aux citoyens en fonction de leurs profils pour prévenir la crise suicidaire :

- Le module sentinelles
- Le module évaluation
- Le module intervention de crise

B. Objectif général (*) :

Développer les compétences des acteurs du département des Alpes Maritimes (professionnels et/ou bénévoles) en matière de repérage, d'évaluation et d'intervention auprès des personnes en crise suicidaire.

C. Objectifs opérationnels :

Par Territoire

- Développer et renforcer des compétences spécifiques en matière de repérage, d'évaluation et d'intervention en crise suicidaire en proposant un dispositif de formations différenciées
- Amorcer un travail de réseau en organisant des rencontres échanges de pratiques à distance pour les participants aux différents modules.

32 Instruction N° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 relative à la stratégie multimodale de prévention du suicide

- Proposer une sensibilisation continue sous la forme de retours d'expériences et de mise à jour des connaissances pour les participants au module de formation des "Sentinelles"

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

Activité formation

- Définition des territoires cibles
- Promotion et communication autour des modules de formation
- Travail préparatoire et de suivi post formation avec les formateurs
- Organisation logistique et administrative des modules
- Organisation de 5 journées de formation par an
- Organisation de 2 journées échanges de pratiques
- Traitement et analyse des questionnaires d'évaluation

Coordination et travail en réseau Régional

- Participation aux échanges et rencontres organisées par la coordination régionale assurée par le CRES PACA
- Participation à la journée régionale de débriefing des formateurs

E. Bénéficiaires :

Les acteurs, les citoyens du département pouvant être en lien avec des personnes en souffrance psychique et en crise suicidaire.

La direction générale de la santé a défini pour chaque module de formation un public cible, à savoir :

- **Module sentinelle :** Tout professionnel ou citoyen présentant une disposition spontanée à l'aide et au souci pour autrui (par ex : travailleur social, aide-soignante, auxiliaire de vie, enseignant, agent d'accueil, bénévole dans une association d'aide ou de soutien, pharmacien d'officine, élu, professionnel des ressources humaines, coiffeur ou socio esthéticien, pompier, postier/facteur, guichetier, agent de police...
- **Module évaluation :** psychologue et tout professionnel de santé formés à l'entretien clinique, libéraux ou salariés, comme les psychiatres, psychologues cliniciens, cadres de santé et infirmiers diplômés d'Etat travaillant en psychiatrie ou en soins primaires, en santé scolaire ou universitaire ou en services de santé au travail par exemple.
- **Module intervention de crise :** professionnels de santé ou psychologues formés à l'entretien clinique : psychiatres, psychologues cliniciens, cadres de santé et infirmiers exerçant en psychiatrie... réalisant de manière régulière de l'intervention de crise : SAMU-SMUR, urgences psychiatriques, psychiatrie de liaison, CUMP, unités d'hospitalisation de crise, CMP effectuant de l'intervention de crise, équipe de recontact type Vigilant'S, équipes mobiles dont les équipes mobiles psychiatrie et précarité...

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Le projet s'organise à l'échelle du département des Alpes Maritimes. Les formations ayant pour ambition de fédérer les acteurs et de constituer un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention auprès des personnes en crise suicidaire, une approche par territoire infra départementaux sera privilégiée dans la mesure du possible en lien avec les conseils locaux de santé mentale.

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

Le CODES 06 est missionné pour l'organisation et l'évaluation des formations, un temps de travail de chargée de projets et de direction est nécessaire pour la réalisation de cette action.

Pour l'animation des modules, le CODES fera appel aux formateurs régionaux qui auront suivi obligatoirement la formation de formateurs. L'animation des formations sera assurée par un binôme de formateurs.

H. Modalités de suivi :

- Le calendrier de réalisation des formations et journées échanges de pratiques.
- Tableau de bord,
- Questionnaires d'évaluation
- Compte rendu de réunion

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

Evaluation de Processus

- Nombre de formations organisées
- Nombre de journées échanges de pratiques réalisées
- Nombre et catégorie de professionnels formés
- Degré de satisfaction des stagiaires sur le contenu de la formation

Résultats attendus

- Développement des compétences et des connaissances en matière de repérage, d'évaluation et d'intervention de la crise suicidaire des participants
- Nature des connaissances acquises en fonction du module de formation

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle

Pour la promotion, la communication

- **Les CLSM du département**
- **Les acteurs du territoire d'organisation des sessions :** les centres hospitaliers (services de psychiatrie, les services de formation continue), la DIRRECTE, les acteurs médico-sociaux, sociaux, associatifs concernés par la thématique « Santé Mentale »

Pour l'animation l'amorce d'un travail en réseau

- **Les CLSM du département** sur leur territoire
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

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

Actuellement et jusqu'en 2021 le programme de formation est soutenu et financé dans le cadre d'une CPO.

En revanche à partir de 2022 si le format CPO n'était pas reconduit ce dispositif de formation au Repérage de la crise suicidaire, répondant aux besoins des acteurs de terrain serait mis à l'arrêt.

Nous détaillons ci-dessous quel serait le budget nécessaire annuellement pour maintenir le développement des compétences des professionnels et de citoyens au service du repérage, de l'évaluation et de la prise en charge de la crise suicidaire.

Budget prévisionnel demandé	XXX € par an pour 3 sessions de formations – pour 45 participants	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut ³³	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Coordination administrative et financière Coordination logistique et organisationnelle	Directrice CODES 06 Chargé de projets CODES 06	0.12	S		CODES 06
			S		
Animation des formations et échanges de pratiques	6 Formateurs régionaux	7 jours x 7 heures x 2 formateurs	S		Formateurs occasionnels CODES 06

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
<i>Frais de déplacement</i>	
<i>Location des salles</i>	
<i>Dossiers participants et documentation</i>	
<i>Frais de gestion</i>	

³³ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service

Projet Territorial en Santé Mentale

Fiche action – FICHE ACTION

Titre du Projet : Formation Santé Mentale : quel accueil ?

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Ville de Nice - Conseil Local de Santé Mentale de Nice
Nom du représentant légal de la structure	M. Richard Chemla – adjoint à la santé, écologie, bien être
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Emmanuelle Soummer – chef de service Sébastien Rubinstein, chef de projet en santé mentale
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	10 rue Hancy 06000 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@emmanuelle.soummer@ville-nice.fr ☎0492981141
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@sebastien.rubinstein@ville-nice.fr ☎0492174492
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p>
---	--

	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer</u> sur la <u>case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	---

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...)

Le CLSM (conseil local de santé mentale) de la ville de Nice est une instance de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie publique, les usagers et leurs aidants. L'objectif du CLSM est de faciliter l'intégration dans la cité des personnes vivant avec un trouble psychique.

Un diagnostic local de santé mentale du CLSM a été réalisé en 2017. Il révèle notamment la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes concernées par la santé mentale.

Dans ce cadre, le premier adjoint du Maire de la Ville de Nice a souhaité qu'une « culture de santé mentale bienveillante » soit développée dans la ville.

A ce titre, il a proposé que le CLSM Nice mette en place, en partenariat avec le Service Formation Municipal, des séances de sensibilisation sur la santé mentale à l'attention des agents de la ville de Nice en contact avec le public.

La mise en œuvre de cette demande municipale se réfère aux travaux du groupe de travail thématique « Stigmatisation et discrimination des personnes ayant un trouble psychique » du CLSM Nice.

Rappel : cette formation doit être une sensibilisation, un éveil à la culture en santé mentale permettant d'avoir un autre regard sur la santé mentale.

B. Objectif général (*) :

- Contribuer à développer une culture de la santé mentale dans une approche bienveillante à Nice.

C. Objectifs opérationnels :

- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes ayant un trouble psychique
- Changer les regards sur la santé mentale
- Valoriser et développer les compétences relationnelles des agents d'accueil de la ville de Nice

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Mettre en place et animer 10 ½ journées de sensibilisation par an.
- Introduction : Poser le cadre de la formation : le CLSM Nice, la commande et la volonté municipale.
- 1^{er} temps : Connaître et comprendre ; qu'est-ce que la santé mentale ?
- 2^{ème} temps : Rencontrer et dialoguer ; qui sont ces personnes vivant avec des troubles psychiques ?
- 3^{ème} temps : Changer de regard ; quelles sont les idées reçues, les mythes et réalités sur la santé mentale
- 4^{ème} temps : Où se renseigner, où trouver de l'aide ? => Guide répertoire CLSM Nice

E. Bénéficiaires :

EN INTERNE

- Agents de la ville de Nice et du CCAS de Nice en contact avec le public : Agents d'accueil des mairies annexes, des bibliothèques, des musées, des centres de loisirs, du cadastre, accueil de jour, de nuit...
Potentiellement cela concerne au total 300 agents
- Les cadres des agents d'accueil
- Les agents de la Direction Habitat

EN EXTERNE

- Bailleurs sociaux (logements)
- Agents du TRAM et BUS (conducteurs, contrôleurs)
- Aides à domicile

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Ville de Nice

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

- Une salle de formation
- Un rétroprojecteur avec un ordinateur
- Un dossier papier pour chaque agent
- 3 formateurs : un psychiatre et 2 usagers
- 1 agent administratif pour envoi des convocations, analyse bilan qualité...
- 1 chef de projet : coordination ingénierie pédagogique création des évaluations, évolution du programme

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
 - Nb de personnes formées
 - Qualité des personnes formées
 - Satisfaction des participants
- Résultats attendus
 - 80% des agents d'accueils (interne externe) soient sensibilisés
 - Evolution des représentations en santé mentale des personnes formées
 - Concourir au développement d'une culture de santé mentale bienveillante dans les services publics municipaux

Outils d'évaluation

1. Pré et post Quizz => Evaluation de l'évolution des représentations en santé mentale (exploitable à partir de fin 2020)
2. Questionnaire d'évaluation à la fin du module (modèle du service formation) => Evaluation de la satisfaction
3. Evaluation à froid à distance de la formation (questionnaire anonyme envoyé 3 mois après la formation) => Evaluation de l'acquis / évaluation des représentations

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 associés au projet grâce à leur rôle de formateurs aux côtés du médecin psychiatre

2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
L'UNAFAM est informée du bon déroulement de la formation et consultée sur quelques éléments pédagogiques (notamment sur les mythes liés à la maladie mentale).

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

Interne :

- Ville de Nice : Direction de la Santé et de l'autonomie, service prévention, coordination du CLSM / direction de l'habitat
- Métropole Nice Côte d'Azur (NCA): DRH, Service Formation

Externe :

- Psychiatrie publique
- Associations d'usagers : Le Phare des 2 Pôles
- Association des familles : UNAFAM 06
- Institut de formation sanitaire : Ecole de la Croix Rouge à Nice -IFSI
- Ligne d'Azur
- Bailleurs sociaux : Côte d'azur habitat...

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

Aucune équipe de recherche n'est associée au projet

5. Autres acteurs

Ressources internes de la Ville de Nice (service communication, reprographie)

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) :

Formation, déstigmatisation, éveil, culture

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)

Coût total estimé du projet

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet / AN

Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut ³⁴	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Coordinateur	Chef de projet	0.15	S		Ville de Nice
Assistant administratif		0.5	S		Ville de Nice
Formateur	Médecin psychiatre	10 ½ J	P		
Formateur	Présidente d'association d'utilisateurs	10 ½ J	P		Phare des 2 Pôles
Formateur	Membre d'association d'utilisateurs	10 ½ J	P		Phare des 2 Pôles

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC) / AN
IMPRESSION SUPPORT PEDAGOGIQUE	
VALORISATION DES MISES A DISPOSITION DES SALLES DE FORMATION EQUIPEES	

³⁴ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



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 : “Repérage et accueil à l’école des enfants porteurs de TDA/H”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Ville d’Antibes
Nom du représentant légal de la structure	Monsieur le maire Par délégation l’adjoint à la santé
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Pascaline Durand Coordonnateur CLSM
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Promotion santé – DAML – DSEDD Hôtel de ville Cours Masséna – 06600 Antibes
Mail et téléphone du responsable de la structure	@ Eric.duplay@ville-antibes.fr ☎04.92.90.67.49
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@Pascaline.durand@ville-antibes.fr. ☎06.26.954.214
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le</p>
---	---

	renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

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
Temps situé dans le temps

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

Demande exponentielle de consultation pour « troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité » en psychiatrie infanto juvénile. Actuellement pas de données disponibles, mais des carnets de RDV pleins

Ces enfants ne sont pas tous porteurs de TDA/H et pourtant ils sont orientés.

Pour les enfants affectés, ces derniers ne sont pas souvent à l'aise à l'école ; aujourd'hui les conditions d'accueil à l'école peuvent être améliorées par des aménagements qui de plus peuvent bénéficier à la totalité de la classe.

Hypothèse de recherche sur la formation des enseignants sur les signaux des troubles et si besoin répondre aux attentes de ceux-ci.

Après un sondage auprès des enseignants, un projet a émergé en 2018 dans le cadre du CLSM.

B. Objectif général (*) :

- **Mieux repérer, orienter et accueillir à l'école les enfants porteurs de TDA/H**

C. Objectifs opérationnels :

- Former les enseignants au repérage et à l'accueil des enfants porteurs de tda/h
- Former une équipe d'enseignants, référents volontaires pour accompagner les collègues
- Mettre en place des supervisions des enseignants référents avec les équipes soignantes
- Associer les parents à cette démarche
- Proposer des groupes (Barclay) sur l'entraînement aux habilités parentales
- Créer du lien avec les médecins traitants
- Associer les équipes périscolaires et d'éducation physique à cette démarche par une sensibilisation et des propositions de pratiques

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

a. Déjà réalisé en 2018 :

Mai-juin : constitution du groupe de pilotage présidé par l' élu à l'éducation et coordonné par le coordonnateur du CLSM

Circonscription d'Antibes et Rased (réseau d'accompagnement spécialisé pour les enfants en difficultés), médecine scolaire, Certa (centre de référence des troubles d'apprentissages), psychiatrie infanto juvénile, élu à la santé Inspecteur départemental AIS

Septembre : formation des enseignants en plénière, 400 personnes

- Conférence pédagogique
- Constitution du groupe d'enseignants référents volontaires : formation complémentaire de cette équipe

Novembre : Accompagnement en classe des enseignants à la demande – état des besoins

- Information des parents - conférences – réunions hors école
- Sensibilisation des médecins traitants sur ce projet (courrier dans un premier temps)

b. En cours depuis 2019 :

- Supervision du groupe d'enseignants référents par les professionnels de santé du CHAJLP (centre hospitalier Antibes Juan Les Pins) ou CHU-LENVAL Certa
- Organisation des groupes parentaux animés par la médecine scolaire

c. Perspectives 2021 :

- Evaluation du projet réalisé à ce jour (processus, résultats) et évaluation de la possibilité de transférer ce projet plus largement à l'Education Nationale dans les Alpes Maritimes.

E. Bénéficiaires :

- In fine les enfants scolarisés
- Toute la chaîne des accompagnants des enfants : Les enseignants, les équipes éducatives et les acteurs de santé, les parents, les médecins traitants, les animateurs scolaires et les éducateurs sportifs

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti /

- La ville d'Antibes et sa circonscription de l'Education nationale (intègre 2 écoles de Biot).
14 écoles maternelles et 15 écoles élémentaires soit 5300 enfants à Antibes

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

a. Moyens humains :

- Coordonnateur de projet/ programme
- La santé scolaire municipale
- L'équipe du RASED de l'Education Nationale
- Deux psychologues pour les groupes de parents
- Les équipes de psychiatrie infanto juvénile (secteurs Hôpital Antibes Juan Les Pins)
- Expert international : Professeur Line MASSE, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
- L'inspecteur AIS de la direction départementale des services de l'éducation nationale
- L'université de Nice (psychologie et santé publique)

b. Financement

Déjà investis et réalisés par la Ville d'Antibes (montant total de 5000€) :

- Matériel d'aménagement des classes
- Documents supports
- Prise en charge des formations (intervenants locaux, nationaux et internationaux)
- Moyens de transmission en visio et organisation en présentiel des conférences
- Ligne de convivialité

Perspectives 2021 :

- Evaluation scientifique du projet et de sa transférabilité, par le Département de Santé Publique du CHU de Nice : Professeur Christian PRADIER.

H. Modalités de suivi :

- Réunion du comité de pilotage,
- Compte-rendu des interventions

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

Par sondage et indice de qualité

- Evaluation de Processus
 - Taux de participation des acteurs
 - Actions prévues/réalisées
 - Nombre d'outils mis en place
- Résultats attendus
 - Amélioration des apprentissages des enfants
 - Indice de qualité de l'ambiance scolaire
 - Ressenti de l'enfant
 - Ressenti des parents
 - Ressenti des équipes de suivis des enfants
 - Constat de la psychiatrie infanto juvénile
- Etude universitaire d'évaluation du projet envisagée.

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

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

Les bénéficiaires de l'action sont les enfants. En établissant une relation de qualité avec les enseignants, leur intégration et leur participation à l'école est améliorée. La parole de l'enfant est prise en compte et permet d'élaborer des conditions de vie favorables à l'apaisement et l'apprentissage.

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

Les familles sont invitées à assister aux présentations et débats des experts. Leurs discours sont éclairants pour les familles, déculpabilisant et pratiques. Les groupes parentaux offrent des espaces de paroles et des voies « d'apprentissage » pour mieux accompagner leur enfant. Les relations avec les enseignants existent à nouveau et les conflits s'amoindrissent au bénéfice de la confiance qui s'établit.

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

Partenaires :

- Pour la ville : 2 élus portent l'action Santé et Education - pilotage
 - direction Santé, coordination de l'action
 - santé scolaire municipale, suivi des enfants
 - éducation, sport, accompagnement éducatif sport et loisirs
- Pour l'Education nationale :
 - L'inspecteur de la circonscription et les conseillers pédagogiques participent au pilotage
 - Le RASED, les enseignants, groupe référent TDA/H support auprès des enseignants
 - L'inspecteur AIS, supervision du projet

- Pour l'hôpital : CH Antibes Juan-les-Pins et CHU-Lenval – Certa - pilotage formation et soins
 - L'équipe de pédopsychiatrie pilotage, consultation et suivi individuel et mise en œuvre des groupes de parents
 - Pour le CHU-Lenval – Certa : pilotage formation et soins
 - Pour l'université de Nice Sophia-Antipolis : Formation et accompagnement méthodologique
 - Fabien Mathy : Professeur de Psychologie Cognitive et Développementale, Directeur de l'École Doctorale SHAL 86 et Responsable de l'Axe Sciences Cognitives et Computation de la MSHS de Nice.
 - Michael FARTOUKH : Professeur de psychologie cognitive et développementale
 - Responsable ESPE Draguignan
 - Pour l'université du Québec : Formation
 - Line Massé, Professeur Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
- 4.** Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
- F.Mathy et M.Fartoukh . Mission : Accompagnement méthodologique
 - **Perspectives 2021 : Pr Christian Pradier, Département de Santé Publique du CHU de Nice. Mission : Evaluation et modélisation du projet avec une demande de budget prévisionnel de 25 000 €.**
- 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) :

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut³⁵	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Evaluation et modélisation du projet	Expert en Santé Publique	0,50 ETP	P		Département de Santé Publique du CHU de Nice
Diagnostic, soins des enfants Groupes parents	Psychiatre, psychologues		M		Equipe Pédo psychiatrie Hôpital d'Antibes
Coordination du projet	Coordinatrice CLSM		M		Ville d'Antibes CLSM
Suivi des enfants	Médecins, infirmières, psychologues		M		Ville d'Antibes Santé scolaire
Accompagnement éducatif sport loisir	Animateurs Educateurs sportifs		M		Ville d'Antibes Périscolaire
Participation comité pilotage	AIS, IEN, CP, RASED		M		Education Nationale DASEN
Pilotage, formations, soins	Psychiatre, psychologues		M		CHU Lenval - CERTA
Formation enseignants référents	Professeurs psychologie cognitive et développementale		M		L'université de Nice Sophia-Antipolis

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Frais formation, conférence, animation (déjà investis par la ville d'Antibes depuis le début du projet)	

³⁵ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service

Extrait de la Bibliographie de Line Massé

- **.Gérer ses émotions et s'affirmer positivement**
- Verret, C. et Massé, L., avec la collaboration de Lévesque, M. (2017).. Montréal, Qc :Chenelière Éducation.
- **.Se faire des amis et les garder**
- Massé, L. et Verret, C., avec la collaboration de Lévesque, M. (2016).. Montréal, Qc :Chenelière Éducation.
- **.Les troubles du comportement à l'école: prévention, évaluation et intervention (2e éd.)**
- Massé, L., Desbiens, D. et Lanaris, C. (dir.). (2013).. Montréal, Qc: Gaëtan Morin Éditeur.
- **.Mieux gérer sa colère et sa frustration, Cahier du participant.**
- Massé, L., Verret, C., Boudreault, F., avec la collaboration de Verreault, M., Lanaric, C. et Lévesque, M. (2012). Montréal, Qc: Chenelière Éducation.
- **.Funambule : Pour une gestion du stress équilibrée**
- Dumont, M., avec la collaboration de Massé, L., Potvin, P., et Leclerc, D. (2012). Québec, Qc: CTREQ et Éditions Septembre.
- **.Mieux vivre avec le TDAH à la maison : programme pour aider les parents à mieux composer avec le TDAH de leur enfant au quotidien**
- Massé, L., Verreault, M. et Verret, C., avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011).. Montréal, Qc: Chenelière Éducation.
- **.Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention.**
- Massé, L., Desbiens, N. et Lanaris, C. (dir.). (2006). Montréal, Qc: Gaëtan Morin Éditeur
- **.PARC : programme d'autocontrôle, de résolution de problème et de compétence sociale pour les élèves du primaire ayant des troubles du comportement (2e éd.)**
- Potvin, P., Massé, L., Beaudry, G., Beaudoin, R., Beaulieu, J., Guay, L. et St-Onge, B. (1995). Trois-Rivières, Qc: UQTR.
- **.Programme pour développer les habiletés sociales et l'autocontrôle des adolescents ayant des troubles du comportement (2e éd.)**
- Potvin, P., Massé, L., Veillet, M., Desruisseaux, M., Letendre, M. et Goulet, N. (1994). Prends le volant : Trois-Rivières, Qc: UQTR.
- **Formation au leadership auprès des élèves doués de milieux défavorisés : 1. Guide pédagogique, 2. Recueil d'activités.**
- Massé, L. (1988). Montréal, Qc: Conseil scolaire de l'Île de Montréal.
- **Les centres d'enrichissement autogérés par les élèves doués : Aspects théoriques et construction des centres.**
- Drolet, C., Massé, L., Trahan, A.-Z. et Ouellet, G. (1986). Montréal, Qc: CECM, Direction générale.
- **La classe-ressource : Une formule de services adaptée aux besoins des élèves doués**
- Massé, L. (1985).. Montréal, Qc: CECM, Direction générale



Projet Territorial en Santé Mentale Mentale – FICHE ACTION

Titre du Projet : “Amélioration de la prévention et de la prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiatriques au sein des Hôpitaux généraux”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	-Centre Hospitalier de GRASSE -Centre Hospitalier d'ANTIBES -Centre Hospitalier de CANNES
Nom du représentant légal de la structure	-Monsieur Walid Ben Brahim: Directeur Général du CH de GRASSE -Monsieur Jean-Marc Pelsef: Directeur Adjoint du CH d'ANTIBES -Monsieur Yves Servant : Directeur Général du CH de CANNES
Nom, prénom, fonction du référent du projet	-Dr Emmanuelle Chenu, psychiatre CH de Grasse et Dr Marie-Claude Samson, PH-chef de service de psychiatrie-CH de Grasse -Dr Sylvie Dubreuil, PH-chef de service- CH d'Antibes -Dr Bernard Leroy, PH-chef de pôle Santé Mentale - CH Cannes
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	-CH de GRASSE, Chemin de Clavary BP 53149 06135 Grasse Cédex -CH d'ANTIBES, 107 avenue de Nice, 06606 Antibes Cédex -CH de CANNES, 15 avenue des Broussailles, 06414 Cannes Cedex
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	<u>CH de Grasse</u> @direction.generale@ch-grasse.fr ☎ 04 93 09 51 01 <u>CH d'Antibes</u> @jean-marc.pelser@ch-antibes.fr ☎ 04 97 24 77 66 <u>CH de Cannes</u> @direction@ch-cannes.fr ☎ 04 93 69 70 69
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	<u>CH de Grasse</u> @e.chenu@ch-grasse.fr @mc.samson@ch-grasse.fr ☎ 04 03 09 56 56 <u>CH d'Antibes</u> <u>CH de Cannes</u> sylvie.dubreuil@ch-antibes.fr

	☎ 04 97 24 77 85 CH de Cannes CH de Cannes b.leroy@ch-cannes.fr ☎ 04 92 18 67 35
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins <input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels
---	---

(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° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur
- 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
- Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale

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...)

- « **Surmortalité des personnes ayant un trouble psychique sévère** »

De très nombreuses études s'accordent pour conclure à une surmortalité et à une mortalité prématurée parmi les cohortes de personnes présentant une affection psychiatrique. Le taux de mortalité toutes causes confondues est 4,5 fois plus élevé que pour la population générale.

Le rapport de l'assurance maladie (juillet 2018) rappelle que « les pathologies en lien avec la santé mentale s'accompagnent chez les personnes qui en souffrent d'une surmortalité globale et prématurée importante, ainsi que d'une réduction de leur espérance de vie ».

Bien au-delà de l'impact de la prévalence du suicide, la réduction de l'espérance de vie des patients atteints de pathologies mentales sévères est largement liée aux maladies cardio-vasculaires, au diabète, à l'obésité, au tabagisme et aux conséquences délétères du syndrome métabolique (hypertension artérielle, surcharge pondérale, trouble des lipides et des glucides) qui représentent des comorbidités somatiques extrêmement fréquentes chez ces patients. Ces comorbidités sont en partie liées à une alimentation déséquilibrée, à un mode de vie sédentaire, aux effets indésirables des psychotropes, à la pauvreté, à un réseau social peu développé et de nombreux freins à l'accès aux soins somatique (Art Psycom 12/2019 ; mise au point afssaps 2010). Une vulnérabilité globale a également été envisagée par certains auteurs (Pr Lançon)

Une récente étude conduite par santé publique France portant sur la mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux en France et son évolution sur 14 années (2000 - 2013) rapporte que les 3 premières causes de décès des personnes ayant un trouble mental sont des causes cardio-vasculaires (27,3 %), les cancers (18,1 %) et le suicide (11,1 %).

À titre d'exemple rappelons que l'âge moyen de décès d'une personne atteinte de schizophrénie est de 59,8 ans.

La question des soins somatiques est donc centrale quand on s'intéresse à la santé mentale.

Ceux-ci représentent un coût élevé de 15% des dépenses de l'Assurance Maladie : 22 Milliards d'euros en 2016, 2eme poste de dépenses pour les

personnes présentant des troubles psychiques et addictifs, devant les cancers, pathologies cardio-vasculaire et diabète.

- « **Les difficultés d'accès aux soins somatiques** des personnes vivant avec des troubles psychiques sont multifactorielles liées aux troubles psychiques, aux soignants, et à l'organisation du système de soins. Des troubles psychiques cachent les troubles somatiques (...), des préjugés persistent chez les soignants, (...) ainsi que la stigmatisation des patients (...), le manque de formation de certains psychiatres pour l'approche somatique et (...) de certains médecins somaticiens vis-à-vis des troubles psychiques (...), ainsi que le manque d'information des proches » rendent difficile la prise en charge (PEC) somatique des personnes souffrant de pathologies psychiatriques (art Psycom). Les patients sont en difficulté pour faire la démarche d'aller voir un médecin du fait de leur symptomatologie, d'un regard négatif qu'ils portent sur eux même. De plus il n'est pas aisé pour eux de trouver un médecin somaticien qui accepte de les suivre ou qui prenne le temps nécessaire (souvent plus long) pour faire un examen complet, pour interpréter les symptômes et faire un diagnostic; ces patients sont souvent victimes de stigmatisation ; les psychiatres ne sont pas non plus tous suffisamment qualifiés pour participer à la surveillance des patients. Il est donc important de favoriser une meilleure coordination des soins entre les psychiatres et les médecins somaticiens, et entre la ville et l'hôpital (article Psycom; HAS 2015).
- Malgré le fait que la prise en compte de la santé physique et de la douleur (PEC somatique) des patients hospitalisés en psychiatrie ait déjà fait l'objet d'une **PEP** (Pratique Exigible Prioritaire) dans les années 2000, le problème reste présent. Cette situation explique que « mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques » est une des actions inscrites dans **la feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie** du Ministère de la santé et des solidarités et de la Santé (28/06/2018), dans les axes du **Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM)**, et comme priorité du parcours santé mentale dans le **Projet Régional de Santé** (PRS2 PACA 2018-2023). Des indicateurs (**IPAQSS 2020**) précisent les paramètres à surveiller aussi bien en ambulatoire qu'en intra-hospitalier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ils se basent sur les recommandations de bonnes pratiques en 2015 de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) pour améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie sévère et chronique et de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces recommandations soulignent le bénéfice pour tout patient hospitalisé d'un suivi somatique et d'un travail de prévention qui porte notamment
 - sur la maladie cardio-vasculaire (ATCDs, obésité, HTA, recherche de complications liées au traitement comme le syndrome métabolique, l'augmentation du QTc...), l'évaluation des habitudes de vie en matière d'activité physique et d'hygiène alimentaire
 - sur une recherche active de troubles du transit et de la déglutition,
 - sur une identification des conduites addictives en raison des conséquences des comorbidités, et une mise en place de prise en charge de ces conduites, avec évaluation de la consommation et aide à l'arrêt
 - sur une lettre de liaison pour favoriser la continuité des soins et la coordination ville-hôpital »
- **Un constat est fait au niveau des CHG de l'Ouest des AM:** la PEC somatique des patients hospitalisés en service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux n'est pas optimale à différentes étapes: à l'admission puis pendant l'hospitalisation, que ce soit dans l'urgence ou en dehors de l'urgence, nous observons que les parcours de soins ne sont pas fluides. Il n'est pas aisé d'obtenir pendant le séjour hospitalier un suivi régulier par un médecin somaticien ou de bénéficier de consultations de spécialistes. Il existe un retard de prise en charge avec une perte de chance du fait de l'absence d'une PEC rapide et adéquate. Les

protocoles écrits et mis en place après discussion aux niveaux des directeurs des établissements n'ont pas fonctionné, reposant le plus souvent sur les internes changeants tous les 6 mois et pas toujours en nombre suffisant. Les demandes de financement de poste de médecin généraliste n'ont pas abouti, ou les temps de présence de vacataires sont insuffisants et le recrutement en est compliqué. Les consultations de spécialistes de MCO ne sont pas toujours possibles pendant l'hospitalisation et nécessiteraient d'être facilitées dans l'optique d'une politique de prévention pour contribuer à améliorer l'espérance de vie des patients atteints de troubles mentaux sévères. La présence non concertée des chefs de service de Psychiatrie des trois hôpitaux généraux de l'ouest du département sur ce thème dans le cadre du PTSM, souligne la réalité de cette problématique.

- Cette thématique a également été proposée pour les prochains groupes de travail du **GHT06** pour la filière psychiatrie.

B. Objectif général (*) :

Inscrire la prévention et la Prise en Charge somatique des patients hospitalisés dans les services de psychiatrie comme priorités dans les centres hospitaliers généraux pour fluidifier le parcours de soins du patient sur le plan somatique et psychiatrique

C. Objectifs opérationnels :

- Institutionnaliser et créer une sous-commission médicale d'établissement dédiée à la prévention et la prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiatriques sur le modèle des autres comités (CLIN, CLUD, CLAN...)
- Organiser au même titre que la psychiatrie de liaison, la médecine de liaison dans les hôpitaux généraux pour répondre à la semi-urgence
- Doter les services de psychiatrie d'un temps quotidien de médecin à vocation généraliste pour le bilan et le suivi des soins somatiques des patients

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

a) Sous-commission médicale d'établissement

- Rencontrer et obtenir l'appui de l'ARS DD06 pour institutionnaliser la sous-commission médicale d'établissement dédiée à la prévention et la prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiatriques au sein des hôpitaux généraux
- Créer la sous-commission médicale sous l'égide du Directeur de l'établissement et le Président de la CME
- Définir le programme annuel d'actions au regard des missions et objectifs de la sous-commission médicale d'établissement sur les axes suivants :
 - o Mesures de prévention de ruptures de parcours et proposition d'amélioration de la fluidité
 - o Formation des professionnels de l'ensemble de l'Etablissement pour une meilleure connaissance et repérage des atteintes somatiques des patients atteints de troubles psychiatriques pour une meilleure prise en charge
 - o Lutte contre la stigmatisation (ex: diffusion de bonnes pratiques)
 - o Suivi et évaluation du programme annuel d'action de la sous-commission en lien avec la qualité et les professionnels concernés

Exemple de composition d'une sous-commission

- Président de la sous-commission désigné par la CME
- Directeur référent de la psychiatrie
- Secrétaire
- Responsable qualité et gestion des risques, en termes de parcours de soins

- Au moins 1 psychiatre
- 1 addictologue
- Au moins 2 médecins de MCO (si possible 1 urgentiste, 1 représentant des services de médecine)
- S'il y en a un : le médecin somaticien intervenant dans le service de santé mentale
- Au moins 1 infirmier ou 1 cadre représentant la MCO
- Au moins 1 infirmier ou 1 cadre représentant le service de santé mentale
- 1 représentant des usagers (ou famille d'usagers)
- 1 diététicienne
- + Membres experts invités selon le thème
-

Fonctionnement de la sous-commission

- Le Président de la commission organise le déroulement
- 3 rencontres au minimum par an
- 1 fois/ an retour bilan à la CME des actions entreprises et de leurs évaluations
- 1 fois/an retour des actions entreprises et de leurs évaluations lors d'une inter-commission dans le cadre du GHT

b) Organiser au même titre que la psychiatrie de liaison, la médecine de liaison dans les hôpitaux généraux

Proposer dans chaque établissement la mise en place de consultations de liaison de médecine, par un ou des services référents à budget constant pour assurer la semi-urgence des patients atteints de troubles psychiatriques.

c) Doter les services de psychiatrie d'un temps quotidien de médecin à vocation généraliste pour le bilan et le suivi des soins somatiques des patients

Création de 3 ETP de médecin à vocation généraliste partagés entre les services de psychiatrie des CH d'Antibes, Cannes, Grasse pour assurer le dépistage, la prise en charge et le suivi des soins somatiques des patients hospitalisés en services de psychiatrie. Les temps de médecin devront être répartis au prorata du nombre de lits d'hospitalisation complète.

E. Bénéficiaires :

- Les patients pendant leur séjour dans les services de psychiatrie
- Les équipes MCO des établissements

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Le périmètre des établissements sanitaires impliqués dans le projet

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

- **Pour la commission et les consultations de liaison :** la direction, les médecins/spécialistes de l'établissement, les personnels paramédicaux, représentants des usagers ou familles ... (cf exemple de la composition de la sous-commission)
- **Doter les services de psychiatrie d'un temps quotidien de médecin à vocation généraliste :** A minima 3 ETP de médecin à vocation généraliste partagés entre les services de psychiatrie

H. Modalités de suivi :

- Compte rendu des rencontres de la sous-commission
- Rapport annuel d'activités de la sous-commission
- Rapport annuel d'activité de l'équipe de liaison

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

Evaluation de Processus

- le nombre de compte-rendus de RETours d'EXpérience (RETEX annuels liés à un problème somatique),
- le nombre de transferts de patients de psychiatrie vers un service d'urgence ou de MCO

Résultats attendus

Amélioration de la PEC somatique des patients en psychiatrie notamment ceux présents au long cours nécessitant des examens cliniques réguliers en vue de la prévention et des soins

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Par l'intermédiaire de leur représentant au sein de la CDU Commission Des Usagers
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Un représentant de l'UNAFAM est membre de la sous-commission
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
 - DT06/ARS PACA pour institutionnaliser la sous-commission dans les établissements comportant un secteur de psychiatrie
 - Directeur Général de l'établissement et adjoints pour favoriser la mise en œuvre des actions
 - Président de CME : < la CME dont le rôle est de proposer des actions pour améliorer la qualité et la sécurité des soins
 - Service qualité et gestion des risques pour travailler sur la fluidification des parcours de soins dans l'établissement et sur les procédures
 - Service de l'information pour favoriser la communication interne auprès des usagers et des professionnels
 - Service de la formation pour favoriser la mise en place de formations continues des professionnels de l'établissement
 - Professionnels de l'établissement : médecins et soignants de MCO, du CSAPA, diététicienne, etc... pour qu'ils soient impliqués dans les actions de prévention et de soins et pour favoriser la déstigmatisation
 - Liens avec le CLUD, avec le CLAN
 - Représentant des usagers ou famille d'usagers pour être au plus près des besoins des usagers
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
5. Autres acteurs
DIM pour le recueil des statistiques à partir des dossiers patients

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, promotion de la santé, qualité des soins, lutte contre la stigmatisation, soins somatiques

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	390 000 € (Perennes)	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet	390 000 € (Perennes)	

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut ³⁶	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Médecins généralistes	Généralistes	3 ETP	PH temps plein (ou équivalent)	<u>390 000 euros</u>	Médecins partagés entre les 3 CH

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillées supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)

³⁶ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale

FICHE ACTION

Titre du Projet : “Organisation de la PEC des soins somatiques des patients suivis en CMP du secteur psychiatrique CHSM”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Centre Hospitalier Ste Marie
Nom du représentant légal de la structure	Mme Stéphanie Durand
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Jean Didier Eberhardt
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	87 avenue Joseph Raybaut 06009 Nice Cedex 1
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@directionsaintemarienice@ahsm.fr ☎04.93.13.57.47
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@Jean-didier.eberhardt@ahsm.fr ☎06.14.16.08.21
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 3 - L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence</p>
---	--

	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

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

Réaliste **T**emps situé dans le temps

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

Les individus suivis pour des troubles psychiques sévères ont une espérance de vie réduite et un risque de mortalité prématurée multiplié par quatre.

Ce constat a été confirmé notamment par la mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le système national des données de santé (SNDS) qui a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie.

Cette surmortalité résulte des difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiatriques.

Ceci s'explique par de nombreux facteurs liés aux troubles psychiques, aux problèmes socio- culturels, aux soignants et à l'organisation du système de soins.

La difficulté de prise en charge globale des patients présentant des pathologies psychiatriques en médecine de ville a de nombreuses explications :

- les représentations sociales personnelles et collectives.
- la représentations de l'image de la psychiatrie par les médecins généralistes
Enquête SOFRES « images de la psychiatrie », 1998 :
- le faible nombre de patients présentant des pathologies psychiatriques ayant un médecin traitant
- les caractéristiques sociales et cliniques de ces patients
- les difficultés de contact qu'ils peuvent présenter
- le comportement parfois imprévisible qu'ils peuvent avoir dans la salle d'attente
- l'adhésion aux soins souvent faible
- la relation complexe qu'il peuvent entretenir avec leur propre corps

Pour toutes ces raisons, la prise en charge somatique des patients présentant des troubles psychiatriques est rendue souvent complexe pour des praticiens aux emploi du temps chargés.

C. Objectif général (*) :

Améliorer la surveillance et la prise en charge somatique des personnes ayant un trouble psychiatrique suivies en extra hospitalier par le CHSM.

D. Objectifs opérationnels :

- Renforcer la surveillance des Indicateurs de Qualité des Soins Somatiques par les infirmières des CMP, afin d'anticiper les effets secondaires et les facteurs de risques cardiovasculaires (indices cardiovasculaires, recherche du risque thromboemboliques, recherche des risques de fausse route).
- Organiser des consultations somatiques au sein des CMP (Médecins généralistes, IPA en pathologie chronique par ex), pour les patients sans suivis et sans médecin traitant
- Développer des partenariats avec les établissements sanitaires et / ou les professionnels libéraux pour permettre aux patients atteints de troubles psychiatriques d'accéder à un médecin traitant, des consultations ou actes spécialisés.

E. Plan opérationnel / description déroulement et méthodes :

- **OO 1 : Renforcer la surveillance des Indicateurs de Qualité des Soins Somatiques par les infirmières des CMP, afin d'anticiper les effets secondaires et les facteurs de risques cardiovasculaires (indices cardiovasculaires, recherche du risque thromboemboliques, recherche des risques de fausse route).**
 - Surveillance de la tolérance des traitements (notamment antipsychotique)
 - Identification des facteurs de pathologies somatiques (IPAQSS)
 - Dépistage d'affections somatiques aiguës ou chroniques
 - Mise en route de traitement ou de réajustement de traitement en situation d'acuité
 - Mise en lien avec un médecin traitant
 - Aide à la régularité du suivi médical (lettre de liaison, prise de rendez-vous ...)

- **OO 2 : Organiser des consultations somatiques au sein des CMP (Médecins généralistes, IPA en pathologie chronique par ex), pour les patients sans suivis et sans médecin traitant**

1 journées de consultations somatiques dans chacun des CMP faite par une équipe CHSM avec médecin généraliste, IPA en pathologie chronique

L'adressage des patients se fera par le biais des psychiatres du CMP
Cela permettra de :

- Faire le lien avec les médecins traitants
 - Prendre en charge les pathologies somatiques n'ayant pas pu être prises en charge par un médecin traitant en attendant d'en trouver un
 - Initier des bilans exploratoires
 - Aider à trouver un médecin traitant
 - Suivre des pathologies découvertes au cours d'une hospitalisation en psychiatrie ou en MCO
 - Travailler étroitement avec les psychiatres des CMP et de l'intra hospitalier (prévention, effets secondaires des traitements, suivi des pathologies chroniques)
 - Faire le lien avec les IDEs de ville pour le suivi des pathologies somatiques
- **OO 3 : Développer des partenariats avec les établissements sanitaires et / ou les professionnels libéraux pour permettre aux patients atteints de troubles psychiatriques d'accéder à un médecin traitant ou à des consultations ou actes spécialisés.**

Ceux-ci étant souvent dans l'impossibilité d'avoir des consultations spécialisées, ou scanner /IRM sous anesthésie (notamment pour les psychoses déficitaires et les patients présentant des troubles du spectre autistique sévères).

- Rencontrer les professionnels en établissement ou en cabinet de ville (notamment les cabinets d'imagerie médicale)
- Echanges sur les difficultés des patients à accéder à des actes et consultations spécialisées
- Envisager des partenariats pour améliorer l'accessibilité à ces actes/soins spécialisés

F. Bénéficiaires :

Les patients suivis en extra hospitalier dans les CMP des secteurs rattachés au CHSM

G. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Le territoire d'intervention des secteurs de psychiatrie du CHSM (5 CMP : 1 cagnes sur mer, 3 Nice, 1 Menton)

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

- Médecin généraliste – 1 ETP
- IPA Maladies chroniques – 1 ETP
- Secrétaire – 1 ETP
- Les consultations auront lieu dans les locaux des différents CMP

I. Modalités de suivi :

- Les dossiers patients
- Calendrier des rencontres partenariales organisées
- Eventuelles conventions de partenariats signées

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

Evaluation de Processus

- Nombre de consultations de médecine générale effectuées
- Nombre d'actes IPA (Infirmier de Pratique avancée maladie chronique) réalisés
- Nombre d'actes de dépistage réalisés
- Nombre de patients accompagnés
- Nombre de professionnels rencontrés
- Nombre de partenariats établis pour accéder aux consultations / actes spécialisés

Résultats attendus

- Augmentation du nombre de patients ayant déclarés un médecin traitant
- Augmentation du nombre de lettres de liaison adressées aux médecins généralistes.
- Amélioration de la surveillance de l'état somatique des malades psychiques suivis en ambulatoire en CMP

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 bénéficiaires du service proposé (aide à la recherche du médecin traitant, meilleur suivi des affections somatiques, dépistage de pathologies émergentes).

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

Les familles peuvent être associées à la prise en charge et à l'accompagnement des patients dans leur parcours de soins somatiques, avec son accord.

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

Le réseau primaire de soins, les professionnels de santé (spécialistes et cabinet d'imagerie médicale), les établissements sanitaires (accès au plateau technique, consultations de spécialistes).

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) :

Soins somatiques

5. Budget

Budget prévisionnel demandé)	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut³⁷	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Coordonnateur	Médecin généraliste	1 etp	salarie		CHSM
	IPA	1 etp	salarie		CHSM
	Secrétaire	1 etp	salarié		CHSM

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépense	Montant (TTC)

³⁷ **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale – FICHE ACTION

Titre du Projet : “Décloisonner les secteurs pour favoriser une meilleure connaissance de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques des publics en errance ou reçus dans les structures d’hébergement et d’accueil : Groupe de travail psycarité”

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CODES 06
Nom du représentant légal de la structure	Pr Liana Euler Ziegler
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Jean Yves Giordana
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	27 Bd Paul Montel – 06200 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ cpatuano@codes06.org ☎ 04.93.18.80.78
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ jygiordana@codes06.org ☎ 04.93.18.80.78
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	---

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 sujets en situation de grande précarité présentent le plus souvent à la fois des problèmes économiques et des troubles psychiques. Ils ont donc besoin d'une double prise en charge mais la collaboration entre travailleurs sociaux et soignants n'est pas toujours facile. Ces professionnels appartiennent à deux mondes différents (pas la même formation, hiérarchies différentes, répartitions territoriales -- secteurs et circonscriptions -- qui ne se correspondent pas...) d'où des incompréhensions, des compétitions et parfois même des conflits. Une bonne communication entre ces deux catégories professionnelles est d'autant plus importante que ces sujets précaires pratiquent souvent une "inversion de leurs demandes" sollicitant les travailleurs sociaux pour leurs problèmes de santé et les soignants pour leurs problèmes sociaux.

Face à la sur-représentation des troubles mentaux chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité, et face à leur gravité, le CODES 06 en partenariat avec Intersecours Nice a proposé, en 2009, une formation pluri catégorielle aux professionnels du secteur de Nice (secteur social, sanitaire et médico-social). A l'issue de ces deux journées de formation, un groupe de travail nommé « psycarité » a été constitué à la demande des participants. Depuis 2010, le groupe psycarité se réunit 6 fois par an sous l'égide du CODES 06, l'animation est assurée par le Pr Darcourt, secrétaire général du CODES 06, Pr émérite de psychiatrie et le Dr Jover – responsable du Centre d'Accueil Psychiatrique (CAP) du CHU de Nice (retraité depuis 2019). Le Dr Catherine Thiery, nouvelle responsable du CAP va reprendre la suite de l'animation de ces rencontres dès que le contexte sanitaire le permet.

Au total, 68 situations ont été évoquées en groupe de travail, 40 services/structures ont fait l'objet d'une présentation aux membres des groupes psycarité.

B. Objectif général (*) :

Décloisonner les secteurs pour favoriser une meilleure connaissance de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques des publics en errance ou reçus dans les structures d'hébergement et d'accueil ».

C. Objectifs opérationnels :

- Favoriser l'interconnaissance des acteurs accompagnant les personnes en grande précarité (SDS) sur le territoire de Nice centre-ville pour qu'ils se connaissent, aient confiance les uns dans les autres, prennent conscience des compétences, des possibilités et des difficultés des autres, soient à l'aise pour se concerter et collaborer.
- Faciliter les liens et les échanges entre les acteurs du social, du médico-social et du champ sanitaire (psychiatrie) autour de situations concrètes
- Faire une étude des motivations à participer à cette instance et de la plus-value apportée à la pratique professionnelle par cette participation

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

- Organiser 6 rencontres par an réunissant les acteurs en charge de l'accompagnement social, médicosocial et psychiatrique des personnes en grande précarité.

Ces rencontres sont l'occasion :

- De présenter les services et structures dans leur fonctionnement, modalités d'accueil
- D'échanger autour de situations rencontrées sur le terrain (en respectant l'anonymat) pour réfléchir à l'articulation des interventions.
- D'étudier des cas dans lesquels plusieurs des participants sont impliqués pour mieux les comprendre et coordonner leurs prises en charge

L'organisation administrative et logistique de ces rencontres est assurée par le CODES 06.

L'animation est assurée par le Dr Catherine Thiery – PH responsable du Centre d'Accueil Psychiatrique – CUMPP 06 CHU de Nice

E. Bénéficiaires :

Les acteurs (bénévoles et professionnels) du secteur sanitaire, social médicosocial qui accompagnent des personnes en grande précarité présentant un trouble de santé mentale.

Ex : les services sociaux municipaux et départementaux, les CMP, l'EMPP, le service des urgences psychiatriques (Centre d'Accueil psychiatriques), l'Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité, le SPIP, le service social de l'université, les acteurs de l'addictologie (le service d'addictologie du CHU de Nice, CSAPA, réseau addictions 06), le SAMU social, les associations œuvrant dans le domaine du logement / hébergement (CHRS, un chez soi d'abord), le CLSM de Nice, les secteurs de psychiatrie (CMP) etc.

En moyenne, 25 professionnels participent à chaque rencontre, il est à noter que malgré le turn over des équipes, les structures et services maintiennent leur participation aux travaux du groupe, ce qui marque un réel intérêt des équipes pour ce groupe.

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Le territoire du centre-ville de Nice où les personnes sans domicile sont majoritairement « installées ».

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

Moyens humains :

- Animation : Dr Catherine Thiery – médecin psychiatre PH responsable du CAP – CUMPP06 – EMPP – CHU de Nice
- Logistique : 24 heures par an de chargée de projets CODES 06
- Location de la salle de réunion (pour 30 personnes) – maison des associations de la ville de Nice

H. Modalités de suivi :

- Calendrier prévisionnel des rencontres
- Compte rendu de réunion envoyé aux membres du groupe (présents et excusés)
- Grille d'appréciation de satisfaction et de motivation à participer au groupe
- Evaluation du nombre de cas traités conjointement par les équipes sociales et les équipes psychiatriques

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

- Evaluation de Processus
 - Nombre de réunions prévues / organisées
 - Nombre moyen de participants aux rencontres
 - Typologie et nature des fonctions et structures d'appartenance des participants
- Résultats attendus
 - Les institutions confirment leur participation malgré le turn over des équipes.
 - Plus-value perçue/déclarée par le participant

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
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) :

Précarité, SDS, Troubles psychiques

5. Budget

Budget prévisionnel demandé	0 €	
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut ³⁸	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)

³⁸ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale **DOSSIER d'INTENTION**

Intitulé du projet : Un Chez Soi d'Abord Jeunes

1. Informations Générales

Nom de la structure	GCSMS ACT Un Chez Soi d'Abord Nice
Nom du représentant légal de la structure	Caroline Poggi Maudet, Administratrice
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Delphine Crepin, Directrice du GCSMS
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	5 avenue Ernest Lairolle, villa Doucet 06100 NICE
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@secretariat@unchezsoi-nice.fr ☎ 0492075050
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@delphine.crepin@isatis.org ☎ 0492075050 / 0675064058
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Période de réalisation de l'étude de faisabilité	

2. Constats/problèmes transversaux du 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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	---

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) :

Jeunes 18-25 ans – errance - psychose - accès au logement – accompagnement global - continuité de parcours

3. Description de l'étude de faisabilité & du projet

(*) un objectif se doit d'être SMART : **Spécifique Mesurable Ambitieux Réaliste Temps situé dans le temps**

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

L'expérimentation Un Chez Soi d'Abord Jeunes a débuté en 2020 sur 2 sites français, Lille et Toulouse, pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes souffrant de troubles psychiques sévères et sans logement ou en risque d'être à la rue. Cette expérimentation doit durer 3 ans.

Elle s'appuie sur des constats auprès du public jeune que nous constatons également sur notre territoire et sur l'expérience des dispositifs Un Chez Soi d'Abord en France depuis leur expérimentation et leur essaimage en 2016 :

- Le constat de jeunes en rupture de parcours à l'issue d'une prise en charge par l'ASE par exemple ou en lien avec le début des troubles psychotiques associés à des comportements à risque et des addictions ; leur vulnérabilité sur cette tranche d'âge, les effets délétères de la rue sur leur devenir adulte et leur besoin en développement cognitif et émotionnel.
- Les jeunes de 18 ans les plus précaires sortis de l'Aide Sociale à l'Enfance se retrouvent sans logement (« sortie sèche »).
- 1 SDF sur 4 sort d'un parcours de l'ASE
- Un fort risque de, sans-abrisme, d'addictions et de troubles psychiatriques, est donc présent pour beaucoup de jeunes ; le besoin est présent en accompagnement intensif et préventif (éviter l'installation de l'errance, les séquelles psychiatriques)
- Les résultats positifs sur le maintien dans le logement (85% des personnes accompagnées), le développement de la qualité de vie et du bien-être et la diminution des hospitalisations (50%) font du dispositif « adulte » une référence sur l'approche lié au Rétablissement, à la Réduction des risques et des dommages auprès des usagers de drogues du dispositif.

B. Description du projet à l'étude :

Intitulé du projet à l'étude

Mise en œuvre du dispositif Un Chez Soi d'Abord Jeunes dans les Alpes-Maritimes

Objectifs généraux

- Proposer dans le département des Alpes-Maritimes le dispositif « Un Chez Soi Jeunes »
- Positionner le GCSMS UCSD « Adultes » comme futur porteur du dispositif UCSD Jeunes : ses membres sont La Fondation de Nice, l'Association ISATIS et l'association Hospitalière Sainte Marie.
- Piloter l'étude de faisabilité de ce projet sur le département à partir notamment des évaluations du fonctionnement de la plateforme de services jeunes de la Fondation de Nice qui héberge et accompagne des jeunes cumulant de nombreuses vulnérabilités : pauvreté, rupture familiale, expérience de la rue, prison, dépression... et qui intègre en 2020 un axe sur les mineurs afin de prévenir les sorties sèches de l'ASE.

Objectifs opérationnels

- S'appuyer sur les résultats des évaluations des 2 expérimentations du « un chez soi d'abord jeunes » à Lille et Toulouse
- S'appuyer sur les résultats des évaluations de la plateforme de services jeunes ainsi que de son expérimentation sur les mineurs débutant en 2020
- Élaborer un diagnostic auprès des parties prenantes du futur projet : besoins du public, mobilisation des acteurs dans le processus d'accompagnement des jeunes, identifier les partenariats à établir.
- Préétablir en amont du projet les liens entre les prescripteurs, les orientateurs, les bailleurs, les partenaires des divers secteurs concernés (Soins/Social/Logement)

Plan opérationnel/description déroulement du projet (si possible)

- Mars 2021 : présentation par la DIHAL des premiers résultats de l'expérimentation UCSD jeunes
- Création du comité de pilotage local
- Rencontre avec les équipes Un Chez Soi jeunes de l'expérimentation à Lille et Toulouse pour identifier les spécificités de fonctionnement
- Rencontre avec les parties prenantes pour préparer en amont : le fonctionnement des instances d'orientation, les collaborations à mettre en œuvre, la projection des captations de logement auprès de bailleurs sociaux et privés.

Bénéficiaires

- Jeunes 18 – 25 ans souffrant de troubles psychiques sévères et sans domicile (sans-abri, hébergement d'urgence, sortie d'incarcération, d'hospitalisation ou d'autres institutions sans solution de logement). Les jeunes doivent être en situation régulière sur le territoire et présenter des besoins complexes.

Place des usagers/des familles

- Le projet UCSD Jeunes s'appuie sur le concept de Rétablissement en santé mentale ; ce dernier place la personne accompagnée au cœur de ses projets ; elle est le décideur des actions d'accompagnement réalisées par l'équipe, de son

rythme de rencontre et de ses choix de vie. La personne est entendue dans sa singularité et est accompagnée de façon individualisée et personnalisée. Les modalités d'expression des jeunes sur la qualité de l'accompagnement proposé sont mises en œuvre par divers outils (enquête de satisfaction entre autres).

- La tranche d'âge ciblée induit un travail avec les familles lorsqu'elles sont identifiées et présentes dans l'environnement du jeune. La famille est partenaire du projet en accord avec le jeune. L'UNAFAM (Union des Amis et Famille des Malades Psychiques) partenaire déjà d'un des membres du GCSMS sera sollicitée pour être partie prenante du projet notamment dans le soutien apporté aux familles (accueil, conseil, formation).

Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Le territoire identifié est la Ville de Nice.

Modalités de suivi

Accompagnement basé sur les 8 principes du « Un Chez Soi » :

N°1 : Le logement est un droit fondamental,

N°2 : L'accès rapide à un logement ordinaire de son choix diffus dans la cité-sans condition préalable de traitement ou d'abstinence aux substances psychoactives,

N°3 : Le choix de l'agenda et de la temporalité des services d'accompagnement,

N°4 : L'accompagnement autant que de besoin,

N°5 : La séparation des services de logement et de traitement,

N°6 : Des services de soutien individualisé orientés « Rétablissement »,

N°7 : Une approche de réduction des risques et des dommages (RDRD)

N°8 : Un accompagnement intensif.

Les rencontres des professionnels avec les jeunes se réalisent toujours en binôme, toutes les semaines, de façon individuelle mais possiblement aussi collectivement (ateliers/rencontre/sorties...). Le principe de la multi référence est appliqué : tous les professionnels rencontrent tous les jeunes du dispositif.

L'équipe pluridisciplinaire est toujours dans « l'aller vers » : les professionnels se déplacent vers les jeunes et non l'inverse.

Critères et indicateurs d'évaluation : évaluation de Processus ; résultats attendus (si possible)

Mise en œuvre d'une évaluation du dispositif sur la base des indicateurs intégrés à un référentiel dont les axes sont les suivants :

- La promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale
- La personnalisation de l'accompagnement,
- La garantie des droits et la participation des usagers
- La protection et la prévention des risques inhérents à la situation de vulnérabilité des usagers.

Résultats attendus : Autonomie dans les démarches quotidiennes, accès aux soins, maintien dans le logement, accès à la vie sociale et à l'emploi, engagement du processus de rétablissement avec diminution des hospitalisations et réduction des risques de consommations de produits psychoactifs, amélioration de la qualité de vie.

C. Etude de faisabilité :

Objet de l'étude de faisabilité (étude des partenariats, des besoins, acceptabilité du projet par les acteurs / les populations etc.)

- Décliner localement une équipe « Un Chez Soi Jeunes » s'appuyant sur les évaluations des expérimentations nationales et les actions locales.
- Extension de l'action « un chez soi d'abord Nice » créée en 2019.

Calendrier de l'étude

Lancement en juin 2021 à partir des premiers retours de l'expérimentation nationale des sites UCSJ jeunes par la DIHAL.

Mise en œuvre de l'étude jusqu'à fin 2022.

Positionnement sur l'appel à candidature Un Chez Soi Jeunes en fonction des résultats de l'expérimentation actuelle.

Partenaires associés à cette étude (composition de l'équipe projet)

L'équipe projet pourrait être composée des partenaires suivants :

La mission locale de Nice, la DDCS, le Département des Alpes maritimes, la Métropole, la DIHAL, le GCSMS UCSJ Nice, le SIAO, un bailleur social, le CHU de Nice (Psychiatrie adulte) et L'Hôpital Lenval (Pédopsychiatrie), la Maison des adolescents, le CLSM de Nice.

Méthodes de travail

- Comité de pilotage
- Groupe de travail
- Entretiens avec les partenaires du réseau sanitaire, médico-social, social.

D. Autres informations utiles :

La Fondation de Nice, membre du groupement de coopération sociale et médico-sociale Un chez soi d'Abord gère une plateforme de services jeunes avec un support de 24 hébergements. Elle accompagne 100 jeunes par an dit NEET (ni en emploi, ni en formation, ni en stage), en errance et sans réseau, cumulant diverses problématiques sociales lourdes.

Les objectifs sont :

- Elaborer avec le jeune un projet global d'insertion à partir d'un guichet unique -
- Mettre à l'abri des jeunes en leur proposant un hébergement temporaire y compris en sortie de l'Aide Sociale à l'Enfance (34 logements à partir de 2020)
- Décloisonner les prises en charge éducatives et sociales en abordant simultanément insertion sociale et professionnelle (une assistante sociale, une conseillère en insertion professionnelle, une éducatrice spécialisée) dans une logique d'aller-vers et de multi référence
- Mobiliser les ressources partenariales internes et externes

La plateforme a accompagné 99 jeunes en 2019. Parmi les 67 jeunes sortis, 50 % ont retrouvé un emploi ou repris des études à leur sortie (stabilité par rapport à 2018) et 90 % sont stabilisés dans un logement (soit plus 30 % par rapport à 2018).

Plusieurs études de l'ADRAP (Association De Recherche et d'Action Psychosociologique) effectuées auprès des jeunes ont confirmé que la plateforme de services jeunes

remplissait bien son objectif de lutte contre les sorties sans solutions de jeunes vulnérables :

-le public accompagné cumule bien de nombreuses vulnérabilités : pauvreté, rupture familiale, expérience de la rue, prison, dépression....

-la démarche est originale et ambitieuse : elle vise et atteint plusieurs objectifs qu'elle coordonne à partir d'un seul guichet.

- l'accompagnement est pluridisciplinaire (assistante sociale, éducatrice spécialisée et conseillère en insertion professionnelle), réactif et propose des réponses précises, globales : un toit, un emploi, un accès aux soins, à l'alimentation....

En 2020, le département des Alpes-Maritimes a également décidé de soutenir l'action en lien avec la DDCS dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté, ce qui permet l'accompagnement socioprofessionnel de 30 mineurs, de 16 à 18 ans, suivis dans le cadre de l'ASE en foyers à titre expérimental. Démarrage été 2020.



Projet Territorial en Santé Mentale

FICHE ACTION

Titre du Projet : “Renforcement des équipes en psychiatrie infanto-juvénile des CMP de Vallauris et de Valbonne

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Centre hospitalier d’Antibes Juan Les pins
Nom du représentant légal de la structure	Sébastien Ripert-Teilhard – Directeur
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Françoise Goudard
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	107 Avenue de Nice 06600 ANTIBES
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@secretariat.direction@ch-antibes.fr ☎04.97.24.78.90
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ francoise.goudard@ch-antibes.fr ☎04 97 24 75 58
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence</p>
---	---

	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

3. Description du Projet

Des détails complémentaires peuvent être fournis en annexe si besoin

(*) un objectif se doit d'être SMART : **Spécifique Mesurable Ambitieux Réaliste Temps situé dans le temps**

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

La sectorisation de la Pédopsychiatrie publique nous a confié une mission de soins pour les enfants et adolescents domiciliés sur un territoire regroupant 10 communes – Antibes – Biot – la Colle-sur-Loup – Coursegoules – Saint Paul de Vence – Tourrettes-sur-Loup – Valbonne – Vallauris – Vence – Villeneuve Loubet où l'on dénombre une population de 177 700 habitants dont 33000 de moins de 18 ans.

Cette limite territoriale n'est pas opposable aux patients et nous soignons aussi dans notre service des enfants et adolescents qui ne sont pas domiciliés dans ces communes.

Les CMP reçoivent une population "tout venant" qui vient consulter pour des motifs très divers, souvent sans passer par le médecin traitant, le pédiatre ou un autre professionnel de santé.

Ainsi 22% des enfants suivis au CMP d'Antibes le sont pour des troubles non spécifiques, étiquetés « troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance et l'adolescence », ce qui serait à analyser plus précisément, de même que leur parcours de soin ?

La demande peut être motivée par une inquiétude parentale au sujet de l'enfant.

L'absence de CMPP dans le département, l'absence de maison de l'adolescent, le coût d'une prise en charge par un psychologue libéral en l'absence de remboursement par l'assurance maladie et la rareté des pédopsychiatres libéraux renforce la tendance à s'adresser au CMP en 1^{ère} intention. Un grand nombre d'enfants sont adressés par l'école, en raison de « difficultés scolaires » terme qui peut recouvrir une très grande variété de troubles : troubles des apprentissages, troubles du comportement, troubles anxieux, voire troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, sans même avoir été évalués par les psychologues scolaires ou les médecins scolaires.

Le TDAH représente à lui seul presque 20% des enfants pris en charge au CMP d'Antibes. Face à l'augmentation constante des demandes, le nombre d'enfants suivis s'accroît avec un nombre d'actes par enfant qui diminue. Le délai d'attente pour le 1^{er} RDV est de 4-6 mois environ.

A partir de ce constat le service de psychiatrie infanto-Juvenile du CH d'ANTIBES a expérimenté sur le CMP d'Antibes une nouvelle organisation permettant de pouvoir répondre aux familles, venant consulter en 1^{ère} intention, de manière mieux adaptée.

Ainsi deux postes sont venus renforcer le CMP d'Antibes début janvier 2020 : un temps plein d'infirmière et un 70 % psychologue permettant des interventions en binôme.

Le binôme est chargé de l'évaluation de la situation et de l'orientation. Les demandes sont adressées au secrétariat qui les transmet directement au binôme.

- Un premier entretien téléphonique est réalisé dans la semaine par l'infirmière
- Un Rendez-vous d'évaluation et d'orientation assuré par le binôme et proposé dans les 15 jours

Cet entretien permet de recevoir l'enfant ou l'adolescent et sa famille rapidement et d'affiner les motifs de la 1^{ère} demande.

Missions :

- **Etudie les nouvelles demandes de consultation** que la secrétaire lui transmet, rappelle le patient et/ou le professionnel adresseur dans un délai de 48h
 - Evaluer si le motif de consultation dépend bien des missions du CMP,
 - Orienter le cas contraire vers d'autres professionnels,
 - Rencontrer si besoin,

- *Evaluer le degré d'urgence et donner une conduite à tenir, des premiers conseils pour permettre un début d'apaisement en attendant la consultation avec le pédopsychiatre,*
- *Recommander des examens /avis/bilans d'autres professionnels médicaux/paramédicaux en attendant la consultation avec le pédopsychiatre*
- *Recueillir les comptes-rendus éventuels de bilans et/ou suivis déjà réalisés,*
- *Etablir un lien avec les professionnels déjà engagés auprès du patient (sanitaire, médico-social, PJJ, ...)*

Permet de **diminuer les délais de réponse**, **d'accélérer l'orientation vers le professionnel spécialisé**, **éviter l'aggravation des symptômes et les risques de crise.**

- **Eviter les ruptures de prise en charge**

- *Rappel des patients non venus,*
- *Lien avec l'équipe de liaison et transmission d'un rdv pour les patients de pédiatrie avant leur sortie d'hospitalisation,*
- *Vérifie le relais avec le service adulte quand le patient devient majeur,*
- *Oriente et vérifie le relais vers un autre CMP en cas de déménagement, lien avec les foyers d'hébergement pour s'assurer que le suivi continue (Besoin en particulier pour les enfants placés au parcours compliqué)*

Les premiers résultats liés à cette nouvelle organisation

- Le premier effet, dont les familles ont pu faire le retour, est celui d'être reçu et entendu, au moment où les difficultés de l'enfant sont prégnantes.
- Le deuxième est celui d'une orientation plus ajustée :
 - 1/au sein du CMP : vers un médecin, directement vers un psychologue, en guidance parentale ou en thérapie familiale.
 - 2/ vers un des partenaires réseau du secteur (Point accueil écoute jeune ; service de médiation trait d'union, MSD, CSAPA, centres spécialisés dans le psychotrauma, pédopsy de liaison ; école et médecine scolaire, orthophoniste etc). Ces partenaires ont au préalable tous été contactés et/ou rencontrés, ce qui a rapidement permis une meilleure coordination et un travail en réseau élargi.
 - 3/ de désamorcer une situation de crise, dont l'issue ne sera pas forcément celle d'une prise en charge dans le soin, un ou plusieurs entretiens suffisent parfois à apaiser les situations.
- Chaque demande est entendue rapidement et prise en charge.
- Les demandes auparavant sans suite (rendez-vous non honorés, changements d'avis, suivi vite abandonné) n'embolissent plus les listes d'attente médecins ou psychologues.
- Le délai pour un rdv médical a été considérablement raccourci : les médecins ne recevant plus systématiquement toutes les demandes qui ne le nécessitaient pas forcément. Ce retour nous a été fait par l'équipe de pédopsychiatres après quelques semaines seulement.
- Dans certains cas les familles ou l'enfant ont pu être reçus plusieurs fois par le binôme dans l'attente de la suite de la prise en charge, ce qui a permis une accroche thérapeutique de qualité et une transition parfois nécessaire vers un suivi.
- La présence du binôme au sein du service de pédiatrie pour des raisons logistiques (manque de bureaux au CMP) a permis une meilleure articulation avec les urgences pédiatriques et l'équipe de liaison de pédopsychiatrie

Les résultats convaincants de cette expérimentation nous amènent à souhaiter la

déployer sur 2 autres CMP : Valbonne et Vallauris aux particularités suivantes :

- La commune de Vallauris bénéficie d'un classement « REP », en raison d'une proportion élevée de la population en situation de fragilité et de risque accru au plan médico-psycho-social, ce qui va de pair avec des difficultés dans la demande et l'accès aux soins. Ces familles justifient la mise en œuvre de dispositifs spécifiques « d'aller vers » pour faciliter l'organisation et la continuité des soins.

Et

- Sur la commune de Valbonne, le quartier de Garbejaire autrefois classé « ZEP » mais ayant perdu ce statut reste toutefois l'objet d'une attention particulière, de même que les 2 foyers accueillant des mineurs étrangers isolés (Foyer Départemental de l'Enfance accueillant 52 mineurs non accompagnés située au CIV-Centre International de Valbonne et association Paje accueillant 75 mineurs non accompagnés au foyer des Pins).

B. Objectif général (*) :

Dupliquer l'organisation expérimentée sur le CMP d'Antibes afin de proposer une réponse adaptée aux familles et aux jeunes des deux foyers de protection de l'enfance.

C. Objectifs opérationnels :

- Augmenter les possibilités de prise en charge rapide des familles en difficultés
- Affiner les motifs de la première demande pour une orientation adaptée
- **Eviter les ruptures de prise en charge**
- Inscrire cette action dans le tissu partenarial local
- pour les mineurs étrangers isolés : associer une analyse de leur situation sociale à l'évaluation psychologique, en collaboration avec les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, pour une compréhension transversale de leur situation.

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

- Recruter des professionnels pour constituer les 2 binômes
- Accompagner dans cette pratique les nouveaux binômes
- Rencontrer le réseau des partenaires locaux pour instaurer un travail en réseau élargi (établissements scolaires, PMI, psychologues des foyers de l'enfance)
- Mettre en place la nouvelle organisation avec les équipes des CMP
- Suivre et évaluer territorialement la nouvelle organisation

E. Bénéficiaires

Les enfants ou adolescents et leurs familles, les mineurs non accompagnés et les travailleurs sociaux qui les suivent.

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Commune de Vallauris Golfe Juan et de Valbonne

- **Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet**
 - **0,5 ETP IDE et 0,5 ETP Psychologue pour CMP Vallauris**
 - **0,5 ETP IDE et 0,5 ETP Ass Sociale pour CMP Valbonne**
 - Locaux actuels du CMP 3j par semaine + locaux annexes, téléphone, ordinateur : pour Vallauris nous devons avoir accès aux bureaux du pôle santé du Long Séjour relié au CH Antibes,
 - Bureaux déjà mis à disposition par la mairie de Valbonne

- **Modalités de suivi**

Dossier patient

- **Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs**

Evaluation de Processus

- Nombre de patients et/ou de familles ayant bénéficié d'une prise en charge
- Nombre de rendez-vous d'évaluation et d'orientation réalisés par le binôme
- Nombre de réorientation vers d'autres professionnels et types de professionnels
- Nombre de réunions partenariales organisées pour présenter la nouvelle organisation des CMP
- Délai de réponse aux familles

Résultats attendus

- Réduire les délais de prise en charge et développer « l'aller vers » et l'interdisciplinarité
- Diminuer le nombre de rendez-vous non honorés

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 au centre du projet, dont ils sont les 1ers bénéficiaires

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

Les familles sont au centre du projet, dont elles sont les 1eres bénéficiaires

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

Le foyer de l'Enfance pour les MNA, avec l'Education nationale et les MSD

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) :

Intervention précoce, parcours de soins, « aller vers »

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet

Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut³⁹	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Binôme Vallauris	IDE	<u>0,5</u>	S		CH Antibes-Juan Les Pins
Binôme Vallauris	<i>Psychologue</i>	0,5	S		CH Antibes-Juan Les Pins
Binôme Valbonne	<i>IDE</i>	0,5	S		CH Antibes-Juan Les Pins
Binôme Valbonne	Assistante Sociale	0,5	S		CH Antibes-Juan Les Pins

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépense	Montant (TTC)
Locaux mis à disposition par	

³⁹ **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale

FICHE ACTION

Titre du Projet : « Mise en place d'un appui spécialisé psychiatrique à la régulation téléphonique du SAMU »

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CHU de Nice
Nom du représentant légal de la structure	M. Charles Guépratte – Directeur Générale du CHU
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Catherine Thiery – Psychiatrie d'Urgence CHU de Nice M. Arek Basar – SAMU06
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	30 Voie Romaine 06000 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@ thiery.c@chu-nice.fr ☎ 06.70.73.18.33 @ Basar.a@chu-nice.fr
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le</p>
--	---

	renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	---

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...) ⁴⁰

Depuis la commission des maladies mentales de 91, la communauté psychiatrique définit l'urgence psychiatrique comme : « une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, du médecin ou de l'entourage : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique »

Ce qui n'implique pas forcément que le soin est urgent.

L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

- **l'urgence psychiatrique pure** par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;
- **les urgences psychiatriques** mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc.
- **les états aigus transitoires** c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc.)

Les urgences en psychiatrie sont très diverses et peuvent revêtir d'emblée un caractère bruyant et souvent grave (suicide ou hétéroagressivité) ou être la révélation d'un état pathologique qui pourra entraîner des manifestations différées dans le temps (décompensation, installation de maladies psychologiques ou somatiques).

Les S.A.M.U. Centre 15, en amont des services d'accueil des urgences, du fait de leur fonctionnement permanent, de la gratuité de l'appel et de la facilité d'accès du numéro 15, sont un moyen de réguler les appels et de proposer une réponse adaptée ; en matière d'urgence psychiatrique.

La grande majorité des urgences psychiatriques arrive dans les services d'urgences générales des centres hospitaliers. Le plus souvent, le patient se présente seul, ou accompagné par sa famille, ou adressé par un médecin ou la régulation du centre 15.

⁴⁰ GOUREVITCH R, LESAFFRE X. Les services de secours face à l'urgence psychiatrique au domicile : apport d'un avis téléphonique spécialisé. A propos de la convention BSPP/CPOA (GHU Paris). *L'information psychiatrique* 2019 ; 95(6) : 411-417

GOUREVITCH R, BOITEUX C. L'urgence psychiatrique et le sentiment d'urgence hors des urgences : que faire en amont des services ad hoc ? *L'Encéphale* 2020, article in press/*Encéphale* 2020, article in press

Thèse de Médecine soutenue le 21/10/2010 à la Faculté de Médecine de Nancy par Anne MORANA : *Etude épidémiologique d'une population d'appelants du 15 transférés à un dispositif d'écoute téléphonique spécialisé*

« Questions psy » : numéro unique à vocation territoriale dédié aux usagers, aux familles et aux professionnels. *Projet du Pôle de Psychiatrie d'Urgence et des secteurs Médoc Arcachon (PUMA) – 5 février 2020*

On assiste de fait à une inflation de la demande aux urgences depuis de nombreuses années (conditions d'accessibilité facilitées, relâchement des liens sociaux, augmentation de la précarité...)

Il est nécessaire à l'évidence de diversifier les stratégies d'accueil urgent ou semi-urgent, dans leur localisation mais aussi dans leurs modalités, en investissant tous les lieux au côté des professionnels de l'urgence, y compris en pré-hospitalier, pour leur fournir un appui spécialisé.

La régulation centre 15 et le service de psychiatrie d'urgence dresse les constats suivants :

- **Accroissement constant de la fréquentation des services d'urgence**, de plus en plus en difficulté pour gérer des pics d'affluence débordant les capacités d'accueil. Or il est régulièrement observé au moment de l'accueil que certaines admissions auraient pu être différées, orientées différemment en amont. Les patients requérant une prise en charge psychiatrique représentent environ 10 %, part non négligeable.
- **Le lieu des urgences, jugé parfois stigmatisant** (confrontation à la précarité, à la violence, aux pathologies lourdes...) peut compliquer dans certaines situations la tâche de l'évaluation spécialisée et l'amorce de l'alliance pour les soins, surtout si l'admission est subie, les urgences saturées...
- **Fréquent désarroi des familles, de l'entourage, ou des professionnels** d'une structure sociale, à l'origine de la mobilisation des secours, lorsqu'il est finalement décidé de ne pas intervenir (refus du patient de suivre les secouristes, situation jugée trop hâtivement non urgente, accalmie temporaire...), sans qu'il puisse être proposé aux requérants une assistance (proposition) alternative valable
- **Tensions pour les assistants régulateurs** soucieux de réduire le temps d'écoute, afin de ne pas encombrer les lignes, alors qu'un temps prolongé est nécessaire aux patients anxieux

Fort de ce constat, le projet présenté ci-après tend à améliorer la prise en charge pré-hospitalière d'un patient en crise à partir d'un partenariat étroit entre les équipes du centre 15 et le service de psychiatrie d'urgence.

B. Objectif général (*) :

« Améliorer la prise en charge pré-hospitalière d'un patient en crise à partir d'un partenariat étroit entre les équipes du centre 15 et le service de psychiatrie d'urgence »

C. Objectifs opérationnels :

1. Améliorer la régulation et l'orientation des appels concernant l'urgence psychiatrique (centre 15 ou aux urgences psychiatriques)
2. Organiser une réponse et une orientation graduée aux appels pour motif psychiatrique

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

O.O.1: Améliorer la régulation et l'orientation des appels concernant l'urgence psychiatrique (centre 15 ou aux urgences psychiatriques)

- 1 a - Réaliser une étude qualitative approfondie de l'existant en matière de régulation des appels psychiatriques (étude prospective dans le cadre d'une thèse DESMU 6 mois) : base de comparaison avant la mise en place du projet.

- 1 b - Elaborer une formation complémentaire spécifique à l'entretien d'accueil téléphonique, aux thématiques de la psychiatrie d'urgence et aux réseaux de soins en santé mentale, pour la dispenser à l'équipe d'appui spécialisé
 - L'entretien d'accueil, dans ses grandes lignes :*
 - *Se présenter, donner sa qualification et décrire l'aide qui peut être apportée*
 - *Ecouter la plainte et la resituer dans un contexte*
 - *Repérer l'élément déclencheur potentiellement activateur de problématiques plus anciennes*
 - *Donner la parole à tous les protagonistes : « **avoir l'occasion de s'exprimer et réinscrire sa parole dans un sens partagé est en soi source de soulagement. L'urgence ressentie de la situation peut en être considérablement atténuée** ».*
 - *Evaluer le potentiel de réactivation de la crise si le patient reste dans son milieu naturel*
 - *Tester la réactivité du réseau, sa capacité à donner un RDV rapide*
 - *Recontacter le sujet ou sa personne ressource dans les jours suivants pour juger de l'évolution et de la réactivité du réseau d'aide*

O.O.2: Organiser une réponse et une orientation graduée aux appels pour motif psychiatrique

Problématique : Les régulateurs du centre 15 doivent rendre une décision en un minimum de temps afin de libérer au plus vite la ligne. Les modalités de décision en « logigrammes » cherchent à évaluer l'urgence et la sévérité en réduisant la marge d'erreur pour aboutir dans les très grandes lignes à la catégorisation suivante :

- **Urgence Absolue** imposant l'envoi immédiat des secours. Le recours spécialisé pourrait se concevoir de la manière suivante :
 - Transfert d'appel pour amorcer l'accueil à distance par l'équipe d'appui spécialisé, le temps de l'envoi des secours (cas d'une menace suicidaire par exemple)
 - Simple information de l'arrivée d'un patient aux urgences, au psychiatre de permanence, permettant une information précoce de l'aval en vue d'une meilleure organisation de l'accueil et priorisation des urgences
 - Relais par l'équipe spécialisée si l'envoi des secours au domicile se solde finalement par une absence de transport vers l'hôpital (refus du patient, ambivalence de l'entourage...), afin d'évaluer et de proposer des alternatives.

- **Urgences Relatives** requérant une analyse plus fine pour la décision d'envoi des secours. La plupart du temps, pour la psychiatrie, décision d'accueil sur l'hôpital, par des moyens jugés selon la gravité de la situation (simple conseil d'accompagner le proche aux urgences, ambulance privée, véhicule de secours...), pour rencontrer l'équipe des urgences psychiatriques.

Dans ce cas, prendre un temps supplémentaire d'écoute et d'analyse du contexte d'éclosion de la crise et des étayages potentiels permettrait vraisemblablement dans certains cas d'éviter l'admission aux urgences, notamment lorsque le patient est déjà connu d'un réseau de soins ambulatoire. Le régulateur pourrait alors **déléguer partiellement la tâche de l'évaluation à l'équipe d'appui spécialisé formée à ce type d'accueil** et ayant une solide connaissance du réseau de soins en santé mentale.

Cette délégation de l'évaluation médico-psychologique à un correspondant spécialisé pour les appels psy catégorisés comme « Urgence Relative » par le régulateur SAMU pourrait avoir l'avantage :

 - D'éviter certains transports

- D'interagir sur le lieu même de la crise, si elle est prise à temps, en évitant éventuellement certaines positions défensives lorsqu'elle est délocalisée sur un lieu chargé en représentations comme l'est le monde hospitalier, et en permettant de proposer la parole à tous les protagonistes qui ne se seraient pas forcément déplacés ensemble.
 - D'agir le plus précocement possible, ce qui peut permettre dans certains cas de mobiliser le réseau de soins aux heures ouvrables
- **Non Urgent** (simple conseil ou renvoi sur réseau). L'ARM du centre 15 pourrait, avec l'autorisation de l'appelant, soumettre certaines situations à l'équipe d'appui, directement ou par mail pour un traitement sans urgence, visant simplement une aide à l'orientation, ou un dépistage de situation plus complexe qu'elle n'y paraît de prime abord, susceptible de s'aggraver.

A noter que l'intervention de l'équipe d'appui spécialisé se situe en aval de la décision du régulateur centre 15, c'est-à-dire après sa catégorisation en UA/UR/NU (ou simultanément si celui-ci requiert une « conférence à trois » régulateur/spécialiste/patient). L'intervention de l'équipe spécialisée fera systématiquement l'objet d'un bref compte-rendu versé au dossier de régulation pour conclusion et clôture.

0.03 Réitérer l'étude qualitative après un an de fonctionnement de l'équipe d'appui

E. Bénéficiaires :

Les équipes de régulation du centre 15, les équipes des urgences psychiatriques du CHU de Nice
 Les patients, proches et professionnels appelant le centre 15 ou les urgences psychiatriques

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressentie :

Le bassin d'attractivité du CAP-CHU de Nice

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

Moyens matériels :

- Disposer d'une ligne spécifique en salle de régulation (travaux d'agrandissement de la capacité d'accueil en salle de régulation en cours). Avantage : disposer du plateau technique du centre 15 en matière de téléphonie, intérêt médico-légal, analyse des pratiques...

Moyens humains :

- 2 psychologues pouvant en référer sans délai à un psychiatre urgentiste si nécessaire, 8h-18h du lundi au vendredi. (en alternance et en lien avec)
- 1 Médecin Assistant en renfort de l'équipe médicale d'urgence
- La nuit et le week-end, recours au psychiatre de garde si le régulateur le juge nécessaire, mails à l'équipe d'appui dans tous les cas. (appui sur l'existant)

Equipe projet

- Dr Catherine Thierry – Psychiatrie d'Urgence CHU de Nice
- Dr Didier Jiolito -Samu 06
- Mme Camille Larrouy – CA CHU de Nice
- Mme Stéphanie Martignoni – CA CHU de Nice
- M. Robin Kardous – CAP CHU de Nice
- Mme Alyzée Duchossoy – Cadre de Gestion Pôle ARU

K. Modalités de suivi :

- Réunions d'équipe de suivi hebdomadaire, revues de cas complexes (analyses de pratique),
- Réunions mensuelles avec responsables SAMU

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

- Suivi du nombre d'appels pour motif psychiatrique, nature du requérant (patient, proches, professionnel...) tranche horaire, localisation géographique de l'appelant, catégorisation de la situation après traitement (à définir), décision finale (catégorisation à définir)
- Nombre de contacts réseaux d'aide et de soins

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet :
RAS
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet :
RAS
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
 - Les équipes du SAMU, centre 15
 - Les services de psychiatrie de secteur : correspondants de l'accueil intra-hospitalier (information précoce de l'indication d'hospitalisation pour optimiser les conditions d'accueil), correspondants de territoire (CMP) pour avis sur le parcours de soin.
 - L'équipe d'urgence psychiatrique (CAP) et de liaison d'urgence psychiatrique (médecins supports de l'équipe d'appui, médecins ou IDE correspondants pour admission en urgence, réception directe d'appels de la population à basculer sur l'équipe d'appui éventuellement...)
 - Les établissements médico-sociaux (EHPAD, FAM...) : correspondants Médecins coordonnateurs D'EHPAD, IDE/Cadre/psychologue ... FAM
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
 - Projets de thèse d'un interne DESMU (Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine d'Urgence) pour évaluations qualitatives
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) :

Gestion de l'urgence – gestion de la crise – organisation des soins

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁴¹	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Permanenciers de l'équipe d'appui spécialisé	Psychologues	2	Salarié		Pôle ARU CHU Nice
Médecins supports (renfort équipe en place)	Médecin assistant spécialiste	1	Salarié		Pôle ARU CHU Nice
Formation des équipes	Psychologue Psychiatre	3 jours	M		CHU service du CAP

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Formations en interne – Locaux	
PC portable	
Locaux et ligne téléphonique dans la Salle régulation	

⁴¹ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service

Informations complémentaires

Une première évaluation sommaire des appels « psy » au SAMU a été réalisée sur l'année 2019, mais qui n'inclut pas malheureusement la décision du régulateur :

Horaires	nb d'appels	moy d'appels/j	catégories diag
8h-18h	6122	17	Toxicomanie 36% IEA 17% Anxiété 14% IMV 11% Agitation 8% SSC 5% TS autres 2% « Dispute » 2%
18h-0h	4455	12	IEA 26%
0h-8h	2607	7	
Total	13184		

Les régulateurs estiment à une dizaine le nombre d'appels psy par jour pour lesquels ils jugeraient intéressant de recourir à un appui spécialisé

Certaines équipes estiment que la grande majorité des interventions à caractère psychiatrique ont lieu entre 7h et 21h



Projet Territorial en Santé Mentale **DOSSIER D'INTENTION**

Intitulé du projet : Création d'une Plateforme de service pour des jeunes entrant dans la psychose

1. Informations Générales

Nom de la structure	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 ☎0492075050
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p>
--	--

	<input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Période de réalisation de l'étude de faisabilité	

2. Constats/problèmes transversaux du 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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

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) :

Psychose – Jeunes 16-25 ans – Rétablissement – Coordinateur de parcours – Plateforme de service – Continuité de parcours – Décloisonnement des acteurs

3. Description de l'étude de faisabilité & du projet

(*) 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'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.

Or, 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.

Leur parcours à cet âge est souvent chaotique et les ruptures peuvent être multiples, familiale, scolaire, sociale...

Le constat est fait également de rupture lors de prise en charge en établissements de soins ou médico-sociaux en lien avec le passage du statut d'enfant à adulte. La discontinuité des liens imposée par ce contexte pour ce public est délétère pour son parcours. Cette zone « grise » place les jeunes dans une plus grande vulnérabilité.

Les conduites à risques peuvent être plus importantes chez ces jeunes avec des prises de toxiques et/ou le début d'une précarisation (squat, rue, errance, délinquance).

Lorsque la famille est présente, elle est souvent démunie et sans solution. La demande d'aide n'est pas toujours simple car elle demande à se repérer dans les « ensembles » de structures spécifiques qui ne sont pas en lien les unes avec les autres. Ces dernières ne sont pas connues des jeunes.

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 sur le maintien des aptitudes des jeunes et sur l'évitement d'un décrochage sanitaire et social ; plus l'intervention est précoce, plus elle est décisive.

Depuis quelques années en France apparaissent les nouveaux modèles d'accompagnement centrés sur le **Rétablissement** ainsi que des **Plateformes de service** dédiées à des publics spécifiques pilotées par des **Coordinateurs de parcours** (case manager/gestionnaire de cas). Leur intérêt a été prouvé tant sur le plan du rapport coût/efficacité que celui de la qualité de prise en charge (flexibilité, nombre défini de personnes accompagnées pour permettre un accompagnement intensif et personnalisé, centré sur la coordination des partenaires ...).

Nous souhaitons donc mener l'étude pour la mise en œuvre d'un projet sur le territoire des Alpes -Maritimes s'appuyant sur l'expérience d'ISATIS. En effet, depuis plusieurs années, elle porte des actions auprès d'un public similaire (service Appui Renforcé Jeunes) et récemment a créé une Plateforme de service en santé mentale (ICEO) et a intégré le dispositif Un Chez Soi d'Abord dans le cadre d'un GCSMS dont la pratique est exclusivement basée sur le Rétablissement.

B. Description du projet à l'étude :

- Intitulé du projet à l'étude

Expérimenter/créer une Plateforme de service dédiée à l'intervention précoce auprès de jeunes psychotiques

- Objectifs généraux

- Accompagner le parcours de soins des jeunes psychotiques afin d'éviter les ruptures et de maintenir le lien avec les services de psychiatrie,
- Favoriser le rétablissement des jeunes avec un accompagnement prenant en compte cette pratique spécifique,
- Accompagner de façon soutenue la mise en œuvre du projet de vie des jeunes en mobilisant leurs ressources
- Coordonner l'ensemble des partenaires pour apporter cohérence aux interventions, renforcer la fluidité du parcours et éviter les ruptures.

- Objectifs opérationnels *

- Soutenir les jeunes dans la réalisation de leur plan de rétablissement,
- Renforcer leur engagement dans les soins et favoriser l'accès aux actions de réhabilitation psychosociale et à l'éducation thérapeutique,
- Soutenir et développer leur pouvoir d'agir,
- Développer leur autonomie pour l'entrée dans la vie adulte,
- Accompagner et soutenir leurs choix de vie dans toutes les dimensions : sociale, professionnelle, familiale...

- Plan opérationnel/description déroulement du projet (si possible)

- 1- Orientation par l'équipe médicale/médecin libéral vers la plateforme
- 2- Identification, par le coordinateur de parcours avec le jeune et son entourage, de ses besoins, ses attentes
- 3- Évaluation complémentaire en appui des services d'ISATIS autour du champ socio-professionnel,
- 4- Accompagnement selon le modèle du Rétablissement (ESPER : Espoir, Soutien, Plaidoyer, Education et Responsabilisation).

- Bénéficiaires

- Jeunes souffrant d'un trouble psychotique diagnostiqués, âgés de 16 à 25 ans, connus des professionnels de la psychiatrie (enfants/adultes et privée/publique) suite à une première décompensation, sans obligation de reconnaissance du handicap psychique par la MDPH, et présentant un risque de rupture avec le soin et la vie sociale.

- Place des usagers/des familles

- Le projet s'appuie sur le concept de Rétablissement en santé mentale ; ce dernier place la personne accompagnée au cœur de ses projets ; elle est le décideur des actions d'accompagnement réalisées par l'équipe, de son rythme de rencontre et de ses choix de vie. La personne est entendue dans sa singularité et est accompagnée de façon individualisée et personnalisée. Les modalités d'expression des jeunes sur la qualité de l'accompagnement proposé sont mises en œuvre par divers outils (enquête de satisfaction entre autres).
- La tranche d'âge ciblée induit un travail avec les familles lorsqu'elles sont identifiées et présentes dans l'environnement du jeune. La famille est partenaire du projet en accord avec le jeune. L'UNAFAM (Union des Amis et Famille des Malades Psychiques) partenaire déjà d'un des membres du GCSMS sera sollicitée pour être partie prenante du projet notamment dans le soutien apporté aux familles (accueil, conseil, formation).

- Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Le périmètre sera défini dans le cadre de l'étude : nous proposons d'expérimenter sur des zones de territoire où le diagnostic fera état d'un manque de dispositif dédié à ce public et ou sur lequel les partenaires du soin essentiels au projet seront parties prenantes.

- Modalités de suivi

- Constitution d'une équipe pluridisciplinaire (IDE, MSP, Travailleur Social-à définir) de 3 coordinateurs de parcours (expérimenté dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques/psychiatriques) accompagnant un nombre limité de jeunes (à définir), sur le principe de la multi-référence.
- L'équipe pluridisciplinaire est toujours dans « l'aller vers » : les professionnels se déplacent vers les jeunes et non l'inverse,
- Le rôle du coordinateur de parcours : évaluer la situation du jeune, les ressources et partenaires à mobiliser, définir avec le jeune son projet, soutenir le jeune dans ses démarches jusqu'à leur concrétisation, coordonner les actions avec les acteurs du sanitaire et du social.
- Spécificité : accompagnement intensif, respectant la temporalité de la personne et ses choix, sa singularité et proposant des modalités souples de fonctionnement pour s'adapter aux besoins des jeunes. Individualisation et personnalisation de l'accompagnement : accueil individuel et collectif.

- Critères et indicateurs d'évaluation : évaluation de Processus ; résultats attendus (si possible)

- Le maintien du lien avec le soin /observance des traitements /acceptation et reconnaissance des troubles psychiques/ Nb d'hospitalisation,
- Le développement des capacités cognitives et fonctionnelles,
- Acquisition d'une autonomie (Nb de démarches entreprises pour la concrétisation du projet),
- L'absence de rupture de parcours (Nb de rencontres partenaires)
- Diminution des risques liés à la consommation de toxiques
- Amélioration de la qualité de vie

C. Etude de faisabilité :

- Objet de l'étude de faisabilité (étude des partenariats, des besoins, acceptabilité du projet par les acteurs / les populations etc.)
 - Proposer dans le département des Alpes-Maritimes un dispositif dédié aux jeunes psychotiques pour garantir une prise en charge précoce et soutenir la continuité du parcours.
 - Piloter l'étude de faisabilité de ce projet sur le département à partir notamment d'expériences et de constats faits par les partenaires du sanitaire, du social et médico-social.
Dans ce cadre nous nous appuierons sur l'expérience du FEJA, foyer accueillant des jeunes souffrant de troubles psychiques géré par ISATIS et implanté dans les Vallées.
- Calendrier de l'étude
 - 1^{er} trimestre 2021 : Création du comité de pilotage, identification des partenaires
 - 2^{ème} trimestre : Mise en œuvre du diagnostic (entretiens, rencontres, recueil des informations)
 - 3^{ème} trimestre : Élaboration du projet (modalité de fonctionnement de la plateforme et des coordinateurs de parcours)
 - 4^{ème} trimestre : Mise en œuvre d'une expérimentation sur un territoire défini auprès de 10/15 jeunes accompagnés.
- Partenaires associés à cette étude (composition de l'équipe projet)
 - L'équipe projet pourrait être composée des partenaires suivants selon le territoire identifié après le diagnostic :
La Mission Locale, le Centre Hospitalier (Psychiatrie adulte/enfant), le coordinateur CLSM, la Maison des Adolescents, le représentant d'un GEM, de l'UNAFAM, les représentants des services d'ISATIS (Plateforme de service ICEO et Appui Renforcé Jeune, Foyer jeunes (FEJA)), les membres du groupe PTSM initiateurs de ce projet.
- Méthodes de travail
 - Rencontrer les partenaires du sanitaire pour identifier les acteurs volontaires pour être partie prenante du projet, et déterminer en fonction une territorialisation.
 - Créer un comité de pilotage de l'étude du projet réunissant les partenaires en santé mentale
 - Élaborer un diagnostic : besoins du public, mobilisation des acteurs dans le process d'accompagnement des jeunes, identifier les partenariats à établir.

D. Autres informations utiles :

ISATIS est une association loi 1901 dont l'objet social est l'intégration sociale et professionnelle de personnes souffrant de troubles psychiques. La direction Alpes-Maritimes littoral gère des établissements et services sociaux et médico-sociaux répartis sur les secteurs de Nice, Cannes, Grasse et Menton. L'évolution des politiques publiques de notre secteur nous a amenés à faire évoluer nos pratiques et à développer des services qui, aujourd'hui dans la cadre du projet présenté en seront ses points d'appui.

1-Tout d'abord, en collaboration avec la Mission Locale de Nice dans le cadre de **son service Appui Renforcé Jeune**, ISATIS accompagne, chaque année, 30 jeunes âgés de 16 à 25 ans souffrant de troubles psychiques, sur le département des Alpes

Maritimes. Cette expérience a fait ressortir la nécessité d'un accompagnement intensif à mettre en œuvre auprès des jeunes dont les problématiques peuvent se cumuler : elles sont tout d'abord médicales avec un besoin d'accès aux soins, de prendre conscience de ses troubles, mais aussi sociales avec une demande forte d'inscription dans une activité sociale par exemple.

2- La mise en place d'une **plateforme de service départementale ICEO** pilotée par **des coordinatrices de parcours**. La PFS s'appuie sur l'ensemble des établissements et services du territoire de l'association (SAMSAH, GEM, Services d'insertion professionnelle, Résidences Accueil, ESAT, EA, AI, SAAD, FV, FAM, FEJA) pour d'une part, coordonner les parcours des personnes accueillies au sein des différents services d'ISATIS, favoriser leur continuité par le décloisonnement entre les partenaires présents autour de la personne à l'interne comme à l'externe ; Et d'autre part, être un « lieu ressource » pour les personnes souffrant de troubles psychiques, leurs aidants et les partenaires en proposant par un positionnement d'expert, informations, conseils, évaluations, préconisations de plans d'aide et d'action pour les personnes handicapées psychiques dont les situations sont complexes.

3- **ISATIS membre du GCSMS Un Chez Soi d'Abord** porte également ce dispositif implanté à Nice et a pu à travers ce dernier expérimenter et former ses salariés au **concept de Rétablissement**. Cette approche récente en France a fait ses preuves auprès des locataires des UCSD en France participant à l'expérimentation initiale. En effet, la forme d'accompagnement intensive, personnalisée, s'appuie sur l'expérience des personnes, sur leur choix pour avancer dans leur parcours (85% des personnes accompagnées se stabilisent dans leur logement).

Le projet présenté sera mis en articulation avec d'autres projets proposés sur le territoire dans le cadre du PTSMS (ex : le programme BREVE...).



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 : « Développement de la psychoéducation en direction des familles : Formation-Action des équipes soignantes des services de Psychiatrie des établissements publics et privés dans les A-M au programme BREF, programme de psychoéducation des familles »

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CODES06
Nom du représentant légal de la structure	Pr Liana Euler Ziegler
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Jean Yves Giordana
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	27 Bd Paul Montel Bât Ariane 06200 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ cpatuano@codes06.org ☎04.93.18.80.78
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@jygiordana@codes06.org ☎04.93.18.80.78
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins <input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 01/01/2021 au 31/12/2021

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer</u> sur la <u>case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

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 familles sont souvent à l'initiative des premiers soins et le soutien qu'elles procurent à leur proche malade s'avère important au plan du pronostic ultérieur.

L'importance des aidants, notamment auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères est de plus en plus reconnue dans la littérature scientifique mondiale. **En particulier, la psychoéducation uni ou multifamiliale pour les aidants présente un bénéfice direct sur la santé de l'aidant et indirect sur celle du proche malade.**

La relation d'aide au proche souffrant d'un trouble psychiatrique constitue une « expérience moralement douloureuse », fréquemment désignée sous le terme de « fardeau », « burden » dans la littérature anglo-saxonne, ce d'autant que les relais professionnels et institutionnels sont insuffisamment développés dans le domaine de la psychiatrie en France⁴².

Le fardeau se défini comme « l'ensemble des conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles, sociales et financières supportées par les aidants »⁴³

Impact de la psychoéducation à destination des familles sur la santé des proches malades

Parmi les différentes modalités d'interventions familiales, la psychoéducation à destination des familles constitue une intervention thérapeutique efficace et dont le rapport coût-efficacité est favorable⁴⁴. Ce type d'intervention est associé à une **réduction du taux de rechute et de ré-hospitalisation ainsi qu'à une meilleure observance thérapeutique chez le patient.**⁴⁵

En 2013, un rapport international, basé sur des consensus d'experts internationaux ainsi que sur les niveaux de preuve disponibles, a confirmé l'efficacité de la psychoéducation à destination des familles en la classant comme **deuxième intervention la plus efficace (après les traitements antipsychotiques) pour la prévention des rechutes dans la prise en charge des troubles schizophréniques et des premiers épisodes psychotiques**⁴⁶

Impact de la psychoéducation à destination des familles sur la santé des aidants

Concernant les aidants, la psychoéducation s'accompagne d'une amélioration des connaissances des troubles et des stratégies de coping. En effet, une méta-analyse récente rapporte l'efficacité des interventions à destination des familles dont un proche a récemment souffert d'un premier épisode psychotique⁴⁷. En comparaison avec les soins habituels, les interventions à destination des familles se sont avérées plus efficaces pour **réduire le fardeau ressenti par les familles**. À court terme, les interventions familiales sont associées à un **meilleur vécu des soins** ; à plus long terme, elles s'accompagnent d'un **meilleur recours aux ressources disponibles ainsi qu'à un meilleur fonctionnement familial**.

⁴² Gillot D. Tome 2 : Proches Aidants « Préserver nos aidants : une responsabilité nationale ».2018.

⁴³ Kerhervé H, Gay M, Vrignaud P. Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. *Annales Médico-Psychologiques*. 2008;166:251-9.

⁴⁴ Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry*. déc 2013;74(12):e1145-1162.

⁴⁵ Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. In: *TheCochrane Collaboration*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*.

⁴⁶ Addington DE, McKenzie E, Norman R, Wang J, Bond GR. Essential evidence-based components of first-episode psychosis services. *Psychiatr Serv*. 1 mai 2013;64(5):452-7.

⁴⁷ Ma CF, Chien WT, Bressington DT. Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. Août 2018;12(4):535-60.

Compte-tenu des bénéfices thérapeutiques importants associés aux programmes de psychoéducation familiale (tant pour les aidants que les patients) l'objectif principal de cette fiche action est de rendre accessible le programme BREF, programme psychoéducatif précoce à destination des aidants en psychiatrie, par la mise en place d'une formation/action.

Le programme BREF est un programme de psychoéducation à destination des aidants en psychiatrie quelle que soit la pathologie dont souffre leur proche, y compris si celui-ci n'a pas encore de diagnostic formulé. BREF a été co-construit par des professionnels de santé du Centre Hospitalier le Vinatier à Lyon et par l'association de proches UNAFAM. Il s'appréhende comme un soin de prévention pour les aidants.

BREF prend la forme d'un **programme unifamilial court en 3 séances**. BREF peut être proposé précocement, au moment de la première hospitalisation, ou plus tardivement quelle que soit la modalité de prise en charge du proche malade (HDJ, CATTP, CMP).

Les séances sont animées par un binôme de professionnels formés. A la 3^{ème} séance, un bénévole d'une association de famille se joint au binôme des animateurs. Les objectifs du programme BREF sont les suivants :

- Individualiser l'accueil des aidants
- Proposer un socle de connaissances minimal sur la pathologie/le trouble
- Informer sur l'organisation de l'offre de soins en santé mentale sur le territoire
- Travailler sur le vécu de la pathologie au quotidien
- Identifier les ressources d'aide aux aidants existantes
- Connecter pro-activement les aidants avec les ressources disponibles pour eux

Les résultats préliminaires obtenus montrent que le programme BREF a un impact conforme à la littérature sur la santé mentale des aidants. Plus précisément, le programme BREF permet de réduire significativement la symptomatologie dépressive des aidants. Ces résultats ont fait l'objet d'une communication et ont reçu le prix du comité scientifique au Congrès de l'Encéphale en 2020 (annexe).

Depuis fin 2018, le programme BREF est partagé au travers de formations gratuites. Ces formations d'une durée d'une journée suffisent à implémenter le programme BREF (cf poster présenté au congrès de l'Encéphale en annexe). A ce jour plus de 451 participants ont été formés (professionnels de santé et bénévoles associatifs), issus de plus de 70 structures. Le programme BREF est déjà actif dans 16 lieux du territoire français, et en cours de déploiement dans au moins 7 supplémentaires.

En région PACA des personnels des structures et associations des départements 13, 83 et 84 ont été formés à BREF (CH Montfavet, CH Martigues, CH Toulon, CHI Fréjus-Saint Raphaël, HDJ Val du Fenouillet à la Crau).

B. Objectif général (*) :

« Favoriser la mise en œuvre du programme BREF, pour rendre précoce et systématique l'offre de psychoéducation familiale dans les services de psychiatrie en proposant une formation-action aux équipes soignantes des services de psychiatrie publics et privés volontaires »

C. Objectifs opérationnels :

- Proposer la formation-action au programme BREF aux équipes de psychiatrie
- Inciter les équipes formées à inscrire dans la durée, le programme BREF dans le projet de service

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

- Etablir le partenariat avec Unité Polaire de Psycho-éducation (UPP) - Pôle Est - Centre Hospitalier le Vinatier, Bron
- Diffuser l'offre de formation à l'ensemble des services de psychiatrie publics et privés des Alpes-Maritimes
- Faire signer une charte d'engagement pour la promotion et la mise en œuvre du programme pour au moins 5 familles par service formé au programme BREF
- Organiser logistiquement et administrativement la formation
- Mettre en œuvre 2 journées de formation à BREF
- Suivi et évaluation du processus d'implantation du programme BREF

E. Bénéficiaires :

Les équipes soignantes des services de psychiatrie publics et privés « volontaires » et bénévoles d'association de représentants des familles seront bénéficiaires de la formation.

Les aidants et personnes vivant avec un trouble psychiatrique seront les bénéficiaires du programme implanté.

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressentie :

Le département des Alpes Maritimes

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

- 1 salle pour la formation
- Matériel informatique
- Moyens humains :
 - 2 Formateurs de l'Unité Polaire de Psychoéducation (UPP) - Pôle Est - Centre Hospitalier le Vinatier, Bron
 - 1 coordonnateur de la mise en œuvre de la formation - Le chargé d'animation du PTSM06
 - 1 Temps administratif CODES 06

H. Modalités de suivi :

- Evaluation pré et post formation
- Evaluation de l'implémentation du programme BREF dans les structures formées
- Evaluation pré et post programme BREF

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

- Nombre de participants à la formation
- Nombre de structures participant à la formation
- Profession des participants à la formation
- Satisfaction des participants vis-à-vis de la formation
- Nombre de structures proposant le programme BREF
- Nombre d'aidants ayant bénéficié du programme BREF

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet :
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet :

L'UNAFAM national est co-porteur du programme BREF.

Au niveau du territoire, les représentants des familles, via l'association UNAFAM, seront informés de l'organisation de cette formation et conviés à s'y inscrire. Les bénévoles UNAFAM qui participeront à la formation, seront amenés à co-animer la 3^{ème} séance du programme BREF aux côtés des équipes soignantes.

3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
 - Unité Polaire de Psycho-éducation (UPP) - Pôle Est - Centre Hospitalier le Vinatier, Bron
 - UNAFAM national et délégation locale
 - DD06ARS pour soutien à la communication de « la formation Action » des services de psychiatrie publics et privés du département
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission

Appui méthodologique de l'équipe de recherche PSYR2 (Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon) pour les projets de recherche lié au programme BREF.
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, formation, aidants, réhabilitation

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁴⁸	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Binôme de formateurs	Psychiatre IDE	8 heures x 2	P		CH Le Vinatier
Coordonnateur de la mise en œuvre de la formation	Psychiatre		S	Financé dans le cadre de la mission d'animation du PTSM 06	CODES 06
Temps administratif			S		CODES 06

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
1 Salle pour Formation respectant les normes sanitaires de sécurité	
Financement des frais d'hébergement des formateurs	

⁴⁸ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Thème réinventer l'ETP :
Programme « BREF » : l'éducation
thérapeutique à destination des proches
pendant l'hospitalisation



Dr R. REY, S. HEBBEN, A. VEHIER, G. CHESNOY-SERVANIN, A. CIABRINI, C. CLERO, V. DORION, Y. SOUCHET, C. LOURIoux
 Unité Polaire de Psycho-éducation (UPP) - Pôle Est - Centre Hospitalier le Vinatier, Bron, France
 Contact: pole_est_upp@ch-le-vinatier.fr



Les objectifs :

- Motiver les proches à se faire aider
- Informer sur les dispositifs d'aide
- Développer l'alliance thérapeutique et individualiser l'accueil des familles
- Dédramatiser l'hospitalisation

Les indications :

- Toute personne ayant des relations proches avec la personne malade (aidant naturel)
- Avoir un proche hospitalisé souffrant de schizophrénie ou de pathologie apparentée sans forcément de diagnostic posé.

Le programme :

Composé de 3 séances d'une heure environ (une par semaine le plus souvent) que les participants s'engagent à suivre.

- **La première séance :** présentation, évaluation (échelles), histoire du proche par les participants, choix d'une image dans chaque pile (« aidant » et « personne malade ») par les participants.
- **Deuxième séance :** Traitement de l'image de la pile « personne malade », travail sur les signes cliniques, l'hospitalisation actuelle et des difficultés rencontrées par le proche malade.
- **Troisième séance :** Traitement de l'image de la pile « aidant », travail sur les ressentis vécus par l'aidant autour de la maladie, l'hospitalisation, les difficultés familiales. Information sur les réseaux d'aide, évaluation et bilan.

Un partenariat s'inscrivant dans une offre d'aide et de soins:

Le programme « BREF » a été construit conjointement par l'UPP et l'UNAFAM, après une phase de test, nous commençons son développement et le recueil d'indicateurs.

Ce programme s'inscrit dans une collaboration de longue date entre ces deux partenaires et s'inscrit dans un parcours proposé aux aidants de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Le programme BREF permet un premier contact, une accroche. **Le but est de renseigner les aidants sur les dispositifs existants, permettant ainsi d'amoindrir le fardeau ressenti et leur permettre d'avoir des outils adaptés dans cette période de vie difficile qu'ils traversent.**

Il peut être poursuivi par un lien vers une association, la participation à des programmes d'informations (« formation troubles psychiques » par exemple) et, peut-être, mener jusqu'au programme « Profamille » (un programme de psychoéducation très complet se déroulant sur plus de 14 séances en 2 ans).



BREF

Programme de Psychoéducation



18^{ème} Congrès de L'Encéphale - 22-24 Janvier 2020, Paris

BREF est associé à une réduction du fardeau des aidants

REY, R.^{1,2}, LOURIQUX, C.¹, VEHIER, A.^{1,2}, DORION, V.¹, D'AMATO, T.^{1,2}, BOHEC, AL.^{1,2}

¹ Centre Expert Schizophrénie, Centre Hospitalier Le Vinatier, BRO N- LYON
² INSERM, U1028; CNRS, UMR5292; Université Lyon 1; Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, PSYR2 Team

INTRODUCTION

Difficultés vécues par les aidants

Excès de morbidité physique et psychique chez les aidants d'usagers souffrant de trouble psychiatrique (déresse, fardeau, symptômes dépressifs; Mittenhofer et al., 2016)



La psychoéducation à destination des aidants

Intervention éducatrice et thérapeutique visant à
 → délivrer de l'information aux aidants sur le trouble psychiatrique
 → promouvoir les capacités pour y faire face

Les recommandations internationales récentes stipulent que les interventions de psychoéducation à destination des aidants sont des soies efficaces et devraient être proposées précocement et systématiquement à tous les aidants en psychiatrie (Galletly et al., 2016).

Bénéfices sur la santé des aidants

Réduction du nombre d'arrêt de travail des aidants
 Réduction du fardeau des aidants

Bénéfices sur la santé du patient

(Sin and Norman, 2013)
 Réduction des rechutes, et ré-hospitalisations
 Intervention thérapeutique la plus efficace après les traitements pharmacologiques

Objectif : Evaluer l'efficacité du programme BREF, programme de psychoéducation court et unifamilial, sur le fardeau des aidants en psychiatrie

METHODE

BREF
Programme de Psychoéducation

- 3 séances + 1 appel téléphonique
- 1 heure
- 1 famille
- 1 Binôme soignant + 1 bénévole UNAFAM

Objectifs :

- Individualiser l'accueil de façon précoce et systématique
- Mettre en lien avec les ressources disponibles

Participants 108 aidants de personnes souffrant d'un trouble psychiatrique ayant bénéficié du programme BREF ont été inclus dans cette étude (71% femmes)
 Lien avec le proche: 52% de père/mère; 17% frère/sœur; 8% conjoint(e); 8% autre lien
 Avant le programme, le score CES-D moyen était de 21,6. 21% des aidants accompagnent un proche dont les troubles évoluent depuis moins d'un an.



RESULTATS



CONCLUSION

Les données recueillies avant la participation au programme BREF montrent l'impact négatif de la situation d'aidant sur la santé psychique et confirment l'intérêt de proposer précocement des interventions aux aidants, dès la première année d'accompagnement.

BREF, programme psychoéducatif unifamilial, précoce et systématique est associé à une réduction significative de la symptomatologie dépressive des aidants au décours immédiat du programme. Le programme BREF complète le parcours des aidants et favorise l'accès aux programmes de psychoéducation longs tels que Profamille qui permettent d'obtenir des effets bénéfiques durables chez les aidants.

Contact : Romain REY
 - Centre Expert Schizophrénie, Centre Hospitalier Le Vinatier, BRO N-LYON
 - INSERM U1028; CNRS, UMR5292; Université Lyon 1; Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, PSYR2 Team
 romain.rey@ch-le-vinatier.fr

References:
 Mittenhofer-Futz E, Fahrner S, Tirokainen A, Mejak M, Mehéris J, Holt F, et al. Schizophrenia Bulletin. 18 Jun 2010;45(4):794-803.
 Beldy C, Caste D, Dick F, Humberstone V, Jablensky A, Kilkenny E, et al. Aust N Z J Psychiatry. Mar 2016;50(3):410-22.
 Sin J, Norman L. Clin Psychiatry. Dec 2013;74(12):e1149-1162.
 Raafiq L. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas. 1977;1:385-401.

BREF

Programme de Psychoéducation

Une journée de formation suffit à implémenter le programme BREF

BOHEC, AL.^{1,2}, LOURILOUX, C.¹, VEHIER, A.^{1,2}, DORION, V.¹, D'AMATO, T.^{1,2} et REY, R.^{1,2}

¹ Centre Expert Schizophrénie, Centre Hospitalier Le Vinatier, BRON - LYON

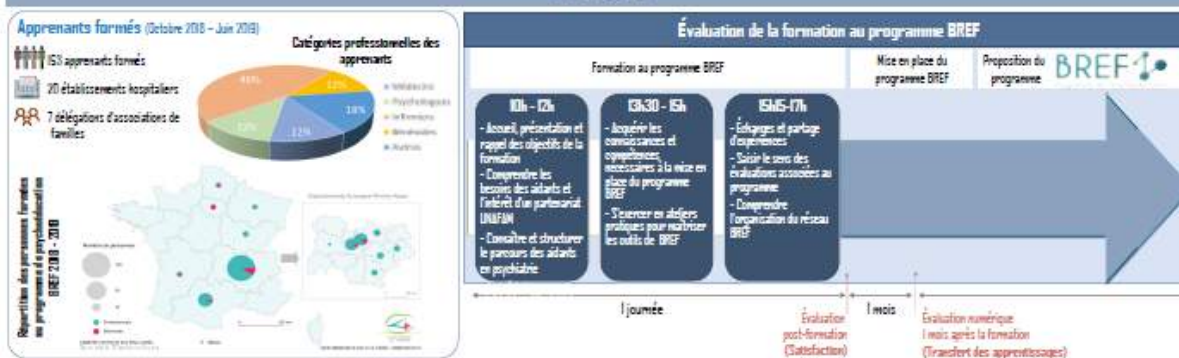
² INSERM, U1028; CNRS, UMR5292; Université Lyon 1; Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, PSYR2 Team

INTRODUCTION



Objectif : Evaluer l'efficacité de la formation des professionnels de santé au programme BREF

METHODE



RESULTATS



CONCLUSION

La formation au programme BREF démontre un niveau de satisfaction élevé de la part des apprenants, contribue à sensibiliser et à actualiser les connaissances des professionnels de santé sur l'aide aux aidants. Elle est suffisante à la mise en place du programme BREF dans les structures et au développement de partenariats avec les associations d'aidants. Des formations supplémentaires sont nécessaires afin de favoriser la diffusion du programme et de rendre précoce et systématique l'aide aux aidants.

Contact: Romain REY
 - Centre Expert Schizophrénie, Centre Hospitalier Le Vinatier, BRON - LYON
 - INSERM, U1028; CNRS, UMR5292; Université Lyon 1; Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon, PSYR2 Team
 @: romain.rey@ch-le-vinatier.fr

References:
 Gately C, Coello D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Kitchley E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. Aust N Z J Psychiatry. mai 2016;50(5):410-72.



Projet Territorial en Santé Mentale

FICHE ACTION

Titre du Projet : Formation-action Empowerment

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Centre Hospitalier Ste Marie
Nom du représentant légal de la structure	Mme Stéphanie Durand
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Mme Martine Boggero
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	87 avenue Joseph Raybaut 06009 Nice Cedex 1
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	directionsaintemarienice@ahsm.fr ☎04.93.13.57.47
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	martine.boggero@ahsm.fr
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques graves à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le</p>
--	--

	renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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 constat(s) en lien avec votre projet

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	--

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 objectifs principaux des programmes thérapeutiques proposés aux malades psychiques ont évolué au cours des dernières décennies.

La mise à disposition, au début des années 50, des traitements « neuroleptiques » a permis l'abaissement des manifestations cliniques productives (activité délirante, hallucination, agitation)

Puis, le mouvement de désinstitutionnalisation concernant de très nombreux patients a mis en évidence la fréquence des altérations du fonctionnement cognitif de ces derniers, encourageant le développement des soins de réadaptation et de réhabilitation psychosociale en complément de la prévention des rechutes.

Ainsi après des attentes de « stabilisation » puis de « rémission symptomatique », le projet thérapeutique de « rémission fonctionnelle » a été envisagé.

La « rémission symptomatique » a été définie par Nancy Andréas comme nécessitant l'absence ou l'atténuation (en termes d'intensité à l'échelle PANSS - < 3/7) des symptômes cibles de la maladie (idées délirantes, activités hallucinatoires, contenu inhabituel de la pensée, désorganisation conceptuelle, maniérisme et trouble des postures, émoussement de l'expression des émotions, perte de la spontanéité et de la fluidité de la conversation, repli sur soi et apathie) et cela simultanément pendant une période supérieure à 6 mois. La « rémission fonctionnelle » reprend ces exigences et y associe un niveau de fonctionnement global suffisant (supérieur à 80 /100 à l'EGF pendant 6 mois)

Un autre critère a pu secondairement se rajouter à cette vision : l'accès à un niveau satisfaisant « d'Insight » définie par la conscience d'être malade et des conséquences de la maladie, la conscience des symptômes envahissants de la maladie, la conscience de justifier d'un programme de soins.

Actuellement les objectifs de la prise en charge sont sensiblement différents et font référence aux notions de « rétablissement » et « d'empowerment ».

Le rétablissement est un processus de transformation identitaire de l'individu qui intègre l'expérience de la maladie (ce qui constitue pour la personne un savoir expérientiel) de façon à pouvoir mener une vie riche et entière, ce qui renvoie aux notions d'épanouissement personnel et de capacité à se réaliser.

Ainsi même en présence de quelques symptômes résiduels de la maladie, le processus de rétablissement va consister pour la personne en la restauration d'une identité positive, avec révision de ses propres valeurs et élaboration de nouveaux objectifs de vie.

Le patient est amené à reconnaître ses ressources, à mieux gérer sa maladie, à maintenir une vision optimiste et à reprendre le contrôle de sa vie (empowerment). Dans ce domaine l'OMS Europe a été mandatée par l'OMS monde pour mener des actions dans le domaine des droits de la personne et de l'empowerment et insiste pour donner la parole aux usagers.

« L'empowerment » fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les personnes peuvent exercer sur les événements de leur vie. »

Les actions préconisées par l'OMS s'inscrivent selon 5 axes :

- La protection des droits de l'homme et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation.
- L'assurance de la délivrance de soins de qualité et la surveillance des pratiques des services.
- L'accessibilité à l'information et aux ressources financières.
- La participation au processus de décision.
- La présence d'une organisation locale qui offre la possibilité d'avoir une voix dans les instances de gouvernance

Renforcer la connaissance de leurs droits pour les usagers de la psychiatrie

La question du respect des droits des usagers des services de psychiatrie apparaît étroitement liée aux problématiques de stigmatisation et de discrimination dont sont, très fréquemment, victimes les personnes présentant des troubles psychiques. Le respect des droits fondamentaux des personnes présentant des troubles psychiques, et peut-être encore plus de ceux qui ont, ou ont eu, recours au dispositif de soins psychiatriques, est très souvent, pour ne pas dire toujours, mis à mal par ce phénomène extrêmement puissant de stigmatisation.

Depuis quelques années les droits formels des usagers des services de santé sont réaffirmés par les textes légaux et réglementaires, et pourtant, paradoxalement, le non-respect de la citoyenneté des personnes concernées par les troubles psychiques contribue à la marginalisation persistante de ces derniers.

Pourtant la loi du 4 mars 2002 relative « aux droits des malades et à la qualité du système de santé » garantit à l'utilisateur le droit fondamental à la protection de la santé (accès au système de soins quelle que soit sa situation juridique ou sociale), le libre choix de son psychiatre et de son établissement hospitalier, la non-discrimination dans la prise en charge, le droit au respect de sa dignité, le droit au respect de sa vie privée, le secret des informations le concernant, le droit à un traitement adapté et au soulagement de la douleur.

Et au-delà des droits collectifs reconnus à tout usager, l'accent est mis sur les droits individuels et tout particulièrement dans son parcours de soins tel que le droit de recevoir une information médicale claire, loyale et appropriée à son état de santé, le droit de refuser des soins, le droit de désigner une personne de confiance, le droit d'exprimer des griefs, de solliciter des explications médicales, le droit d'accéder à son dossier médical.

La volonté du législateur de renforcer les droits des usagers et de garantir le respect de la volonté des personnes a fait émerger les pratiques de « décisions médicales partagées » ou encore d'élaboration de « directives anticipées ».

Le recours aux soins sans consentement a également fait l'objet ces dernières années de renforcement des droits avec la judiciarisation de la procédure et l'intervention régulière du juge des libertés et de la détention.

Ainsi, si la personne est clairement titulaire de droits, comment en est-elle informée ? Comment y accède-t-elle ? Comment fait-elle valoir ses droits ? Le rapport sur « l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé » publiée par l'inspection générale des affaires sociales en juillet 2010 met en lumière les limites de l'information dispensée à l'utilisateur (dispersion des informations, difficultés d'interprétation).

De même un sondage commandé par le ministère de la santé à l'institut TNS Sofres sur la perception des droits des patients par les professionnels de santé a révélé « un certain nombre de freins à l'application des droits des patients, ainsi que des manquements au moment de leur mise en œuvre ». Parmi les raisons invoquées : le manque de temps et de moyens matériels ; un manque d'information et de formation des soignants sur ce sujet ; la résistance de certains praticiens mais aussi, plus généralement, la résistance à modifier des pratiques ancrées depuis longtemps.

De son côté le défenseur des droits (Mr Toubon) dénonce la complexité des dispositifs, qui conduit de plus en plus de personnes à « renoncer à y recourir », mais surtout il rappelle que « l'accès aux droits est conditionné par la connaissance qu'ont les usagers de leurs droits et des dispositifs pour y accéder... En cas de difficultés, les personnes concernées ont besoin de connaître les recours à leur disposition et, parfois, d'être accompagnées dans ces démarches. »

De tels constats soulignent les besoins d'information (mais aussi d'accompagnement) de personnes plus vulnérables et particulièrement exposées du fait d'une

stigmatisation individuelle et structurelle voir internalisée liée aux préjugés associés aux maladies psychiques.

Le Centre Hospitalier Ste Marie, en partenariat avec le GEM « J'aime Nice » propose, dans le cadre du PTSM 06, une action qui vise à favoriser la reprise du contrôle sur sa vie pour les usagers des dispositifs de soins psychiatriques, une meilleure connaissance de ses droits et une possibilité de s'impliquer dans les instances de gouvernance institutionnelle – « Empowerment ».

B. Objectif général (*) :

Favoriser la reprise du contrôle sur leur vie, une meilleure connaissance de leurs droits et donner la possibilité aux usagers des dispositifs de soins psychiatriques d'acquérir une plus grande autonomie.

C. Objectifs opérationnels :

- Favoriser la prise de parole en public afin d'accroître le degré de visibilité, d'implication et de responsabilités des usagers de Services de Santé Mentale dans la cité.
- Reconnaître l'expérience subjective de ces personnes en tant qu'expertes de leur propre vie et de leur trajectoire de santé
- Développer les ressources souvent inutilisées des patients en matière de communication, de participation à la vie publique et de défense de leurs droits.
- Permettre aux associations d'usagers et aux usagers eux-mêmes, notamment adhérents du Groupe d'Entraide Mutuelle J'aime Nice, de rendre effective leur place au sein des dispositifs visant à leur intégration dans la cité : devenir « spect/acteur » selon la juste formule d'un usager.
- Favoriser l'accès à une information de nature à permettre à chacun l'exercice ou le rétablissement de ses droits.

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Organisation et animation de 5 séances d'empowerment d'une durée de deux heures sur une année civile en petit groupe fermé. Pour un groupe de 10 participants à raison d'une séance tous les 2 mois combinant :
 - Apports sur la prise de parole,
 - La communication verbale et analogique,
 - Jeux de rôle et exercices d'entraînement visant à accroître les habiletés sociales, l'estime de soi et la confiance en soi,
 - Temps de debriefing portant sur les réunions et/ou évènements auxquels les usagers ont été amenés à prendre part.
- À partir des attentes et surtout du savoir expérientiel de chacun des participants :
 - Organisation et animation de 5 rencontres d'une durée de 2 heures sur une année civile consistant en une information ciblée relative aux droits des usagers et animées par des « experts » (référents MDPH – organisme gestionnaire de mesures de protection – acteurs du logement, de l'emploi etc...)

E. Bénéficiaires :

- Adhérents du groupe d'entraides mutuelles (GEM) « j'aime Nice ».
- Membres d'associations d'usagers (ex : « Phare des deux pôles »).
- Usagers des structures des dispositifs de soins psychiatriques publics et privés

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

- Implantation : locaux du GEM j'aime Nice – 11, Avenue Malausséna 06000 Nice

- Périmètre de recrutement : Département des Alpes-Maritimes

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

- Salle de formation,
- Matériel informatique,
- 1 Psychologue du C.H Ste Marie ayant l'expérience de groupes Empowerment depuis 2016, possiblement assistée d'un étudiant de Master, (20 heures d'animation + préparation animation + rencontre des usagers + 10 heures pré-test post test saisies analyses des résultats)
- 1 temps administratif pour secrétariat

H. Modalités de suivi :

- Questionnaire d'évaluation et de satisfaction
- Echelle de qualité de vie avant/après
- Deux temps d'évaluation de la progression du groupe avec observateurs indépendants

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

Evaluation de Processus

- Nombre de participants,
- Nombre et type d'activités organisées

Résultats attendus

Accroissement des compétences des participants sur la prise de parole, la capacité à communiquer, accroissement habiletés sociales... au travers d'une auto évaluation (post et pré-test). (Échelles validées)

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Bénéficiaires de l'action, participation aux différents groupes organisés
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Informations des familles des usagers concernés dans réunion type groupes de partage
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
 - Groupe d'Entraide Mutuelle J'aime Nice
 - Centre Hospitalier Ste Marie
 - Associations d'usagers (ex : le phare des 2 pôles)
 - Les CLSM
4. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
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) :

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁴⁹	Coût annuel (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Référent	Psychologue	0.1			
	Secrétaire	0.1			

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
<i>Formation psychologue</i>	

Soit un cout global sur 5 ans de 54920 euros plus 500 euros de formation
 Cout global pour la durée du PTSM = 55 420 euros

⁴⁹ **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale – FICHE ACTION

Titre du Projet : « Développement de la psychoéducation en direction des familles : Renforcement des équipes d’animation PRO FAMILLE dans les Alpes-Maritimes »

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	CH Sainte Marie
Nom du représentant légal de la structure	Stéphanie Durand
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Vittorio Lonigro
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	87 avenue Joseph Raybaut 06009 Nice cedex 1
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@directionsaintemarienice@ahsm.fr. ☎04.93.13.56.56
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	@vittorio.lonigro@ashm.fr ☎04.93.13.56.56
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s’ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L’accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d’urgence</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	---

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...)

La schizophrénie est une maladie psychique grave et invalidante qui touche 1 % de la population mondiale soit près de 600 000 personnes en France.

Cette maladie fait souffrir les malades mais aussi leurs familles (conséquences psychologiques et somatiques néfastes dans les familles, épuisement et perte de capacité à aider). De plus, le haut niveau d'émotions exprimées, favorisé par cette situation contribue à l'apparition de conflits et de rechutes du malade

Cependant, les familles, aux côtés des professionnels de santé mentale, jouent un rôle essentiel dans le cours évolutif de cette affection. Et pourtant, touchées par cette situation, elles peinent souvent à faire face voire même à maintenir une qualité de vie suffisante pour elles-mêmes et leurs proches.

La prise en charge des patients et de leurs proches est multi dimensionnelle et les évaluations internationales (recommandations Inserm, européennes et OCDE) des programmes de psychoéducation destinés aux familles prouvent leur efficacité :

-d'une part sur les malades (taux de rechutes divisés par 4 après une année puis par 2 les années suivantes et baisse en corollaire du nombre de journées d'hospitalisation) mais aussi sur les familles leur permettant de « reprendre pied » dans leur vie et d'être mieux armées pour aider leurs proches malades (compréhension des différents aspects de la maladie, apprentissage des comportements adaptés, gestion des émotions).

La psychoéducation des familles a pu revêtir diverses formes : mono familiale ou multi familiales avec ou sans la présence du patient.

Le programme Profamille et une intervention multi familiale sans présence du patient, formule que les méta-analyses ont identifié comme étant la plus efficace.

Le programme Profamille est un programme de psychoéducation destiné aux proches de personnes atteintes de schizophrénie. Véritable programme de formation il permet aux familles d'apporter une aide plus précise et plus ajustée à la maladie de leurs proches et d'assurer une meilleure gestion des situations.

Ce programme développé au Canada (H. Cormier) à la fin des années 90 puis repris en 2005 par un réseau francophone est très structuré dans son contenu et dans sa technique d'animation. En référence à une conceptualisation cognitivo-comportementale, il vise à modifier 3 cibles : les comportements, les cognitions, le contrôle émotionnel.

Explicitement recommandé dans le rapport Lafourcade commandé par la ministre de la santé en 2016 ce programme a démontré de façon significative la réduction de 3 risques majeurs :

- Le passage à l'acte suicidaire du patient, ⁵⁰
- La rechute et la réhospitalisation pour ce dernier
- La dépression dans son entourage ainsi que l'altération de l'état de santé somatique des proches.

Ce programme participe encore à la déstigmatisation de la maladie grâce à une bien meilleure compréhension de ses causes et de ses conséquences et favorise la

⁵⁰ <https://www.promesses-sz.fr/2016-05-04-11-11-42/l-actualite-2/711-article-de-recherche-prevention-du-risque-suicidaire-dans-la-schizophrénie-importance-de-la-psychoeducation-des-familles.html>

reconnaissance des familles comme partie intégrante dans l'accompagnement thérapeutique.

Les interventions font l'objet d'évaluations rigoureuses dont les résultats contribuent à la certification des équipes d'animation. Depuis plusieurs années les équipes animant **le programme Profamille** se sont organisées en un réseau francophone, pour en favoriser la diffusion et en améliorer le contenu et la forme.

L'équipe de Nice, qui collabore étroitement avec celles de Fréjus, Toulon et Marseille (au sein du "cluster" PACA) a obtenu la certification niveau 3 jusqu'en 2021.

À noter encore que les participants au programme Profamille poursuivent fréquemment leur formation en adhérant à une association « promesseS » (Profamille et malades – éduquer – soutenir. Surmonter ensemble les schizophrénies) qui a été créée à Nice en 2018.

Il apparaît que, malgré les recommandations, les familles de patients souffrant de schizophrénie et qui ont bénéficié d'un programme de psychoéducation familiale ne représentent qu'un très faible pourcentage (0 à 15 %) dans les pays européens.

C'est pourquoi le projet présenté ici consiste à pérenniser et à développer ce programme dont l'efficacité a été prouvée.

B. Objectif général (*) :

Développer le programme Profamille, Programme Psycho éducatif pour les familles ayant un proche souffrant de schizophrénie.

C. Objectifs opérationnels :

- Constituer une équipe d'animateurs dédiée à l'animation de 2 groupes de familles par an
- Proposer le programme « Profamille » à un nombre plus important de familles.

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

- Constitution de l'équipe d'animation du programme :
 - Identifier au sein du CH Ste Marie des professionnels volontaires
 - Assurer la formation des professionnels à l'animation du « Profamille » si nécessaire
- Inciter les équipes formées à inscrire dans la durée, le programme « Profamille » dans le projet de service
- Proposer l'offre « Pro-famille » à l'ensemble des familles et des proches de patients atteints de troubles schizophréniques
- Organisation d'une réunion d'information 3 mois avant le démarrage du Pro-famille
- Animer le programme pour 2 groupes de familles par an
 - Engagement des participants à un suivi sur 3 ans avec l'équipe d'animatrices
 - Module 1 : 14 séances de 4h
 - Module 2 : suivi sur 2 ans avec des séances d'approfondissement, des séances collectives, des séances individuelles
 - + 14 cahiers de révision avec correction

E. Bénéficiaires :

Parents, conjoints, fratries, ayant un proche souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés. (Environ 20 à 30 personnes réparties sur 2 groupes/an)

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Département des Alpes Maritimes

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

- Moyens matériels
 - 1 salle pour l'animation du « profamille »
 - Matériel pédagogique (classeurs d'évaluations, cahiers de révisions, flyers, etc....)
 - Matériel informatique (1 ordinateur - 1 vidéoprojecteur – 1 paper board)
- Moyens humains :
 - 1 poste animateur responsable
 - 3 postes animateurs
 - 1 médiateur de santé pair

H. Modalités de suivi :

- Charte d'engagement du participant
- Feuille d'émargement
- Liste des inscrits
- Calendrier d'animation

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

- Evaluation de Processus
 - Nombre de proches inscrits
 - Nombre de familles inscrites
 - Assiduité au programme
- Evaluation des résultats
 - L'amélioration de l'état de santé du malade
 - L'amélioration de l'humeur des participants (parents)
 - L'amélioration de la communication au sein de la famille
 - Connaissance des ressources mobilisables
 - Les nouvelles connaissances et la modification des croyances
 - Les nouveaux savoir-faire
 - La meilleure gestion émotionnelle

L'efficacité de Profamille est actuellement évaluée par des questionnaires avant, pendant et après le cycle de formation appelé : kits d'évaluations. Ces évaluations permettent une amélioration régulière du programme, elles sont aussi l'occasion de vérifier si l'animation donne un résultat conforme au résultat obtenu par d'autres équipes d'animation.

Cela permet de donner une garantie de qualité par l'assurance d'une animation conforme au programme (l'analyse des résultats contribue à la certification de l'équipe d'animation).

Plusieurs dimensions sont à explorer.

Les données saisies permettent de faire ressortir des statistiques qui évaluent :

- L'efficacité
- La validité sociale du programme
- L'effectivité
- L'efficience

J. Résultats attendus

Les résultats attendus sont directement issus des analyses et études pratiquées à partir de la base nationale de données constituées par l'agrégation des résultats saisis et communiqués par les différentes équipes en charge des programmes Profamille.

Pour les membres des familles participant au programme :

- **Amélioration de l'humeur** : l'humeur des participants est évaluée régulièrement depuis la séance initiale jusqu'au terme du programme au moyen d'une échelle validée, la CES -D.
Une CES -D >16 témoignent d'un trouble dépressif significatif et on retrouve habituellement en début de programme 4 fois plus de personnes déprimées qu'en population générale.
L'efficacité du programme sur l'humeur a maintes fois été démontrée.
- **Amélioration de la sensation de fatigue** : mise en évidence par une évaluation régulièrement répétée au cours du programme.
- **Amélioration du « coping »** : le « coping » est un terme anglais qui signifie « faire face ». C'est le savoir-faire des participants confrontés à une situation délicate.
L'évaluation est faite à partir du questionnaire FCQ (Family Coping Questionnaire – Magliano L : acta psychiatr scand 1996).
Deux grands types de comportement sont évalués : les comportements de fermeture (repli sur soi, mise à distance) et les comportements d'ouverture (recherche de relations positives avec les autres, recherche de solutions).
Le but de Profamille est de réduire le premier et d'augmenter le second.
- **La réduction du nombre de jours d'arrêt de travail** chez les participants non retraités.
- **L'amélioration de la qualité de vie** et le **niveau de satisfaction** vis-à-vis du programme.

Pour le patient lui-même (effets indirects) :

- **Diminution du nombre de rechutes**, nombre de ré hospitalisations,
- **Diminution du nombre de jours passés à l'hôpital.**
- **Nombre de tentatives de suicide** : 2 fois moins de passage à l'acte suicidaire chez les patients dont les parents ont suivi le programme Pro famille.
Ces trois critères sont renseignés par le questionnement direct des familles.
- **Autonomie du patient – réduction du handicap** (symptômes de la maladie – expression de la souffrance psychique – fonctionnement global) par des échelles d'autoévaluation.

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet
Le programme prévoit l'autoévaluation de l'état de santé du patient au début et au terme de la formation
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet
Ce programme est destiné en priorité aux familles et à l'amélioration de leur qualité de vie.
A la fin du programme, elles deviennent les promoteurs du recrutement et viennent témoigner de leur parcours, des changements et de l'évolution de l'état du patient.
Pour l'équipe de Nice, les inscriptions des familles pour intégrer le programme Pro famille sont assurées par l'UNAFAM.
L'UNAFAM est également impliquée lors de la séance initiale destinée à apporter toutes les informations nécessaires aux candidats (témoignage de leur propre expérience) puis à la séance 14 pour évoquer le rôle et les offres de services de leur association.
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
 - L'UNAFAM qui oriente des familles en difficultés vers l'animatrice responsable
 - Les professionnels de santé du territoire prenant en charge des patients ayant une schizophrénie et dont les familles pourraient bénéficier de ce programme.
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) :

Psychoéducation - Communication - maintien des liens familiaux

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
CHSM		
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁵¹	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
1 Animatrice Responsable	IDE	100 %	S		CHSM
1 Animatrice	IDE	30%	S		CHSM
1 Animatrice	AS	30%	S		CHSM
1 Animatrice	AS	30%	S		CHSM
1 Médiateur Santé Pair	MSP	20%	M		CHSM

Soit un total de XXX par an sur 5 ans soit XXX euros. Le CHSM propose une prise en charge à 50 % de ce dispositif, l'aide sollicitée est de XXX euros sur 5 ans

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
1 Salle pour Formation respectant les normes sanitaires de sécurité	
1 Ordinateur Portable	
1 Vidéoprojecteur	

⁵¹ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service

À quoi sert un programme Psychoéducatif ?

Il permet aux familles de mieux comprendre comment faire avec un malade dont certains symptômes paraissent difficiles à gérer. Par exemple comment mieux gérer les problèmes suivants :

- Refus de se reconnaître comme malade et de prendre un traitement
- Opposition, agressivité
- Manque d'initiative
- Paresse
- Manque d'organisation
- Anxiété excessive
- Alcoolisme, toxicomanie
- Etat dépressif, désespoir

Il permet aux familles d'apprendre à réduire les conséquences du stress sur elles-mêmes et sur leur propre santé :

- Anxiété
- Irritabilité
- Mauvais sommeil
- Sentiment de culpabilité
- Sentiment de frustration
- Tristesse, abattement, fatigue
- Divorce

Il permet aux familles de mieux utiliser les possibilités d'aide et de recourir plus efficacement aux services médicaux et sociaux.



Renseignements et inscription

Pour s'inscrire au groupe profamille, il convient de prendre contact avec la coordinatrice et animatrice :

Marie-Dominique GINEZ
Centre Médico Psychologique
« Le Bellagio »
Tél. 06 25 01 80 42
marie-domi.ginez@ahsm.fr

l'UNAFAM
26 rue Caffarelli
06000 Nice
Tel. 04 92 15 09 87

Le CMP « Le Bellagio »
18 Avenue Cyrille Besset
06100 Nice
Tel. 04 93 13 56 10

Les séances sont animées par :
- 1 médecin psychiatre
- 2 infirmières spécialisées
- 1 psychologue
- 1 médiateur de santé pair



Profamille



**Programme psychoéducatif
destiné aux familles et proches
de patients souffrant de schizophrénie
ou de troubles apparentés**

Centre Médico psychologique « Le Bellagio »
18 Avenue Cyrille Besset
06100 NICE

- Le diagnostic a été posé
- Vous vous questionnez sur la maladie de votre proche
- Vous êtes à la recherche d'informations claires sur cette maladie, son évolution, son pronostic, ses traitements
- Vous vous sentez démunis face aux réactions de votre proche
- Vous avez du mal à communiquer avec lui

Votre proche souffre de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs ?

Ce programme Profamille est alors fait pour vous

Il vous aidera à mieux faire face à la maladie et il donnera à votre proche plus de possibilité de se rétablir

À tout stade de la maladie

N'hésitez pas

Il n'est jamais trop tard !



Le programme Profamille :

- Est une formation structurée de 14 séances réparties sur un an. Les séances ont lieu au CMP « le Bellagio ».
 - Les inscriptions sont organisées par l'association UNAFAM Nice
- Tel. 04 92 15 09 87

En collaboration avec le CMP « le Bellagio »

Il aborde les thèmes suivants :

- Connaître la maladie et les traitements
- Développer des capacités relationnelles
- Apprendre à mieux gérer ses émotions
- Savoir obtenir de l'aide
- Développer un réseau de soutien



Projet Territorial en Santé Mentale – FICHE ACTION

Titre du Projet : Guide répertoire de santé mentale

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Ville de Nice - Conseil Local de santé Mentale de Nice
Nom du représentant légal de la structure	M. Richard Chemla, adjoint au maire santé, écologie, bien être
Nom, prénom, fonction du référent du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Emmanuelle Soummer, chef de service Prévention • Sébastien Rubinstein, chef de projet en santé mentale
Adresse de correspondance	10 rue Hancy 06364 Nice Cedex 4
Adresse du responsable de la structure	@emmanuelle.soummer@ville-nice.fr ☎049298114
Adresse du responsable du projet	@sebastien.rubinstein@ville-nice.fr ☎049217449
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer</u> sur la <u>case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale</p>
---	---

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...)

En 2017, dans le cadre de son CLSM (Conseil Local de Santé Mentale), la ville de Nice a réalisé un diagnostic local de santé mentale sur le territoire municipal.

Avec la contribution de tous les acteurs du CLSM de Nice, ce diagnostic a, notamment, mis en évidence le manque de lisibilité et de connaissance de l'offre existante en santé mentale à Nice.

En effet, l'offre de soins et de prévention présente sur la ville de Nice est complexe, multiple, et pas suffisamment connue et repérée, tant par les habitants que par les professionnels de santé, social, éducatif ...

Ce manque de visibilité et de lisibilité constitue globalement un frein pour la qualité des parcours en santé mentale.

C'est pourquoi, via son CLSM et ses groupes de travail thématiques (composés de professionnels, de représentants des familles et des usagers citoyens), la ville de Nice a voulu réaliser et mettre à jour régulièrement un guide répertoire en santé mentale cartographié et accessible à tous.

B. Objectif général (*) :

Produire un guide répertoire actualisé, accessible, clair, attractif présentant de manière compréhensible l'offre en santé mentale à tous les âges de la vie sur le territoire de la ville de Nice.

C. Objectifs opérationnels :

- Rendre le plus compréhensible possible l'ensemble de l'offre en santé mentale (soins, prévention, réhabilitation, entraide associative...) et les modalités d'accès.
- Permettre à la population d'identifier et d'accéder directement aux services ressources disponibles et adaptés à leurs problématiques
- Faciliter le travail en partenariat
- Contribuer au développement d'une culture de santé mentale bienveillante et non stigmatisante.

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

Réalisation :

- Rédaction d'un nouveau guide répertoire, actualisé deux fois par an
- Validation du guide à jour par les 3 groupes de travail thématiques CLSM
- Validation d'un nouvel éditorial du Maire par le Cabinet
- Commande d'impression papier (reprographie)
- Mise en ligne du guide sur le site nice.fr (deux fois par an) et diffusion du guide papier (un fois par an)
- Rédaction et traitement d'une enquête annuelle de satisfaction auprès des utilisateurs

Diffusion du guide répertoire

- Prise de contact pour élaborer le plan de diffusion auprès des ordres professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures podologues), les URPS, les établissements de santé...

- Promotion du guide lors des instances du CLSM
- Présentation et promotion du guide en interne VDN / MNCA / CCAS et en externe aux partenaires du CLSM Nice

Editions

Edition papier une fois par an

Mise à jour en ligne 2 fois par an

E. Bénéficiaires :

- Prioritairement : les habitants de Nice
- Secondairement : les professionnels de santé, social, médico-social, éducatif, scolaire, animation loisirs, justice, police...

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :

Ville de Nice

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

- Un coordinateur de CLSM
- Un assistant administratif
- Un Assistant web
- Un informaticien

H. Modalités de suivi :

- Calendrier des mises à jour, retours des structures

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

- Evaluation de Processus
 - Nombre de guide édité,
 - Nombre de guide diffusé,
 - Nombre de connexion au guide via le site internet nice.fr
 - Nombre de sollicitations pour obtenir le guide
- Résultats attendus
 - 80% des structures accueillants du public à la ville de Nice et au CCAS de Nice ont eu le guide
 - 50% des professionnels de santé libéraux ont reçu le guide répertoire (avec montée en charge étalée sur 5 ans et ciblée par métier)

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 associés au projet grâce à leur participation aux groupes de travail. Ils sont consultés sur les structures qu'ils estiment devoir figurer dans le guide. De plus, les associations d'usagers (GEM, associations de patients) sont citées dans le guide dans une partie consacrée à l'entraide associative)

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

Les familles sont associées au guide de la même façon que les usagers. L'UNAFAM est citée dans le guide dans la partie consacrée à l'entraide associative.

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

Les partenaires associés au projet sont tous les acteurs de la santé mentale de la Ville de Nice. Leur participation au projet se matérialise par leur présence dans le guide. Ce sont eux qui fournissent leurs informations pratiques.

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

Aucune équipe de recherche n'est associée au projet

5. Autres acteurs

Ressources internes de la Ville de Nice (service communication, informatique, web)

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) :

CLSM, Guide, répertoire, annuaire, contact

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Ville de Nice		
Coût total estimé du projet		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet / an					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁵²	Coût / an (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Coordinateur	Master 2 / Spécialisation en santé mentale / prévention en santé publique	0.15	S		Ville de Nice
Assistant au coordinateur	Master 1 / gestion administrative	0.5	S		Ville de Nice
Graphiste		4h	S		Ville de Nice
Webmaster		4h	S		Ville de Nice
Informaticien		4h	S		Ville de Nice

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)/an
Solution informatique pour créer et héberger le livret numérique - guide numérique interactif feuilletable - géolocalisable - pas seulement un pdf consultable	
Impression papier	
Plan de Communication : affichage Decaux, réseaux sociaux, diffusion auprès des structures cibles	

⁵² S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale FICHE ACTION

Titre du Projet : Création d'un Centre de Proximité de Réhabilitation Psychosociale porté par le Service de Psychiatrie adulte du CHU de Nice

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Centre Hospitalier Universitaire de Nice Service de Psychiatrie Adulte
Nom du représentant légal de la structure	M. Charles Guepratte, Directeur Général du CHU Nice
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Professeur Michel Benoit - Chef de Service Dr Bruno Giordana - Psychiatre
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	<u>Actuellement</u> : Centre Psychothérapique de Jour - 66 route de Grenoble 06200 Nice <u>A partir de février 2021</u> : 35 boulevard de la Madeleine - 06000 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	guepratte.c@chu-nice.fr
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	benoit.m@chu-nice.fr giordana.b@chu-nice.fr
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 5 - Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le</p>
--	---

	renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « <u>Case activée</u> »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 – Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 – Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
---	--

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 et ressources existantes : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Le rapport relatif à la santé mentale (M. Laforcade - octobre 2016), élabore des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé. La démarche consiste à identifier et proposer des moyens, des leviers, des alliances et des partenariats, mais également les outils afin d'y parvenir. Ce rapport met déjà en évidence la nécessité d'améliorer les parcours de soin et de vie à travers une intervention plus précoce, basée sur le développement de la culture de l'évaluation (dans l'objectif d'une pratique de la « médecine fondée sur les preuves »), sur une continuité et une diversité des soins (thérapies cognitives et comportementales, remédiation cognitive et éducation thérapeutique, etc.) et de l'accompagnement.

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.

Dans le décret relatif au projet territorial de santé mentale (décret du 27 juillet 2017), la priorité est donnée à une organisation du parcours de santé et de vie de qualité des personnes souffrant de troubles psychiques. Cette organisation vise à : éviter au maximum les ruptures de suivi, prévoir des actions spécifiques de prise en charge et proposer le plus précocement possible un accès aux soins de réhabilitation psychosociale.

De plus, cette évolution semble correspondre à la fois aux attentes des patients et des familles, en répondant à des besoins nettement identifiés, mais également à celles des acteurs du soin, 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).

Dans le cadre du déploiement de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires (circulaire du 16 janvier 2019), le Service de Psychiatrie adulte du CHU de Nice souhaite se positionner en tant que centre de proximité de réhabilitation psychosociale.

Le Centre Psychothérapique de Jour (structure d'hospitalisation de jour extra-hospitalière du Service de psychiatrie adulte du CHU de Nice) oriente sa pratique depuis 2 ans vers des soins de réhabilitation psychosociale, en plaçant au cœur de la prise en charge, le concept de rétablissement, nettement plus proche de la réalité et des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. A ce jour, l'orientation des personnes au CPJ pour des soins de réhabilitation est faite par les psychiatres hospitaliers et libéraux. Le CPJ accueille :

- des jeunes patients dont la durée d'évolution de la maladie est inférieure à 5 ans (incluant le premier épisode psychotique) pour lesquels l'objectif est souvent un maintien ou une reprise d'étude ainsi qu'une insertion sociale
- des personnes présentant un trouble psychiatrique chronique pour lesquels les soins de réhabilitation visent une trajectoire de rétablissement et d'inclusion sociale

Le CPJ permet à ce jour de proposer une palette de soins de réhabilitation diversifiée, proposée dans le cadre d'un projet de soin personnalisé faisant suite à un bilan initial pluridisciplinaire visant à mettre en évidence les ressources et les besoins des usagers. Parallèlement aux soins de réhabilitation proposés aux usagers, des actions spécifiques de réhabilitation sociale et professionnelle sont également prévues. L'offre actuelle repose sur une équipe formée aux techniques d'évaluation et de soins de réhabilitation psychosociale.

1. Bilan initial pluridisciplinaire et projet personnalisé de soins de réhabilitation :

La mise en place du projet personnalisé de soins de réhabilitation repose sur une évaluation initiale globale dont l'objectif est d'identifier les ressources, les compétences, les besoins et les aspirations de la personne. Ce bilan passe par un entretien initial et quatre types d'évaluation pour chaque patient :

- Entretien motivationnel : 1^{er} contact avec le patient. L'objectif de cet entretien est d'évaluer la pertinence de la demande et de cerner les motivations du patient pour un projet de réhabilitation psychosociale
- Evaluation médicale : réalisée par un psychiatre. L'objectif est de réaliser une évaluation complète (psychiatrique et somatique) à l'aide d'outils psychométriques validés (auto et hétéroévaluations)
- Bilan neuropsychologique : réalisé par un neuropsychologue. L'objectif est d'évaluer l'ensemble des fonctions cognitives (neurocognition et cognition sociale) à l'aide d'outils standardisés et adaptés à la population accueillie.
- Evaluation fonctionnelle : réalisée par une IDE et un ergothérapeute dont l'objectif est d'évaluer les ressources et les besoins de la personne (outil : ELADEB et échelles d'auto et hétéroévaluation) dans son fonctionnement quotidien
- Evaluation sociale : réalisée par une assistante sociale.

A la suite de ce bilan pluridisciplinaire, une synthèse est réalisée en équipe puis un rendez-vous de restitution est proposé au patient (avec ses proches s'il le souhaite), en présence des différents professionnels qui l'auront reçu. Lors de cette restitution est construit le projet personnalisé de soins de réhabilitation (PSI), en tenant compte des différents éléments pointés par le bilan (difficultés éventuelles, ressources, objectifs) et en accord avec le patient. Un compte-rendu écrit de ce projet est également réalisé et transmis au médecin adresseur.

Tout au long de la prise en charge, des temps de réévaluation (dont l'échéance est déterminée au préalable) sont prévus avec le patient.

2. Offre de soins de réhabilitation existante :

- Remédiation cognitive :
 - Individuelle : programme RECOS (*Vianin et al. 2012*)
 - Groupale : programmes AtEM/Flex (*Lecardeur et al. 2009*)
- Entraînement aux habiletés sociales :
 - Individuel : accompagnement individualisé
 - Groupal : Atelier « Compétences » (*Favrod et al. 2011*)
- Thérapies cognitives et comportementale :
 - Prises en charge individuelles et entretiens motivationnels
 - Groupale : Michael's Game (*Khazaal et al. 2015*), Programme d'Emotions Positives dans la Schizophrénie - PEPS (*Favrod et al. 2019*), TCC des troubles du sommeil (*Freeman et al. 2015*)
- Psychoéducation :
 - Individuelle : Programme Psychoéducatif Initial Court (PPIC)
 - Groupale : MODip – symptômes, maladie et traitement (CRISALID)

3. Réhabilitation sociale :

Accompagnement individuel visant à renforcer ou remobiliser l'autonomie (ergothérapeute + IDE) dans le milieu de vie de la personne ainsi qu'au domicile suite aux besoins identifiés lors du bilan initial.

4. Réhabilitation professionnelle :

Accompagnement des usagers par une assistante sociale dans la mise en œuvre des projets scolaires ou professionnels.

5. Membres de l'équipe et formations :

- Psychiatres (DU de remédiation cognitive, DU Détection et intervention précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et de l'adolescent et DU de Thérapies Cognitives et Comportementales)
- Psychologues spécialisés en Neuropsychologie (DU de Remédiation Cognitive et DU de Thérapies Cognitives et Comportementales)
- Équipe infirmière (Entretiens motivationnels, Remédiation Cognitive : AtEM/Flex, Case Management)
- Ergothérapeute (outil d'évaluation fonctionnelle ELADEV : identification des difficultés et des besoins)
- Assistante sociale
- Educateur sportif spécialisé

Perspectives :

L'équipe projette de développer et d'étoffer, dans les mois à venir, son offre de soins de réhabilitation, afin de compléter le panel d'outils existants et d'optimiser l'individualisation des prises en charge proposées :

- Psychoéducation des familles : formation des soignants au programme BREF (Equipe du Vinatier) (cf fiche action spécifique développée dans le cadre du PTSM)
- Groupe affirmation de soi
- Groupe AS : intervention de groupe visant à renforcer l'autonomie des patients dans la gestion de leur situation sociale (connaissances de la MDPH, des mesures de protection, de leurs droits, gestion des impôts ...)
- Programme HOP de lutte contre l'autostigmatisation (Favrod)
- Programmes NEAR (Medalia, 2002) et ToMRemed (Bazin, 2010)

B. Objectif général (*) :

« Création d'un centre de proximité de réhabilitation psychosociale au CHU de Nice »

C. Objectifs opérationnels :

- Identifier et répertorier les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales existantes. Compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires par des outils thérapeutiques ayant fait la preuve de leur efficacité auprès de personnes souffrant de troubles psychiques invalidants ou présentant des difficultés de fonctionnement en raison de leur pathologie.
- Permettre une meilleure connaissance et prise en considération des ressources et des besoins des usagers dans une trajectoire de rétablissement.
- Diffuser par le biais de formations et de réunions les principes et les outils de la réhabilitation psychosociale sur le territoire.
- Identifier des structures afin d'agir en complémentarité et en coordination avec eux. Construire un partenariat avec l'ensemble des CLSM, les institutionnelles (DDARS06), les établissements de santé, les associations d'usagers (groupes d'entraide mutuelle), de familles (UNAFAM), partenaires sociaux et médico-sociaux (SAMSAH Isatis), la MDPH, la médecine de ville

D. Plan opérationnel/description déroulement et méthodes :

Construire un partenariat avec l'ensemble des CLSM, les institutionnelles (DDARS06), les établissements de santé, les associations d'usagers, de familles, partenaires sociaux et médico-sociaux, associations tutélaires, la MDPH, la médecine de ville

3 Aspects

- Promotion de la culture soins orientés réhabilitation psychosociale dans le département
- Appui méthodologique des professionnels du département
- Formations des équipes du Département

E. Bénéficiaires :

Les usagers et leurs familles pouvant tirer bénéfice d'une prise en charge en réhabilitation psychosociale sur le département des Alpes-Maritimes.
Les équipes des services de psychiatrie du département.

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressentie :

Le département des Alpes Maritimes

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

1 ETP IDE pour le développement des activités de psychoéducation (familles et patients) et d'éducation thérapeutique du patient

Soutien financier à la formation des équipes

Achat d'une licence annuelle pour le logiciel de remédiation cognitive

H. Modalités de suivi :

Tableaux de suivi

Dossier Informatique du Patient

Calendrier des activités

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

- Nombre de nouveaux professionnels formés participant aux soins de réhabilitation (par profession et par type de soin de réhabilitation)
- Nombre, nature des différents types de soins proposés et nombre de sessions proposées.
- Nombre et qualité des acteurs ayant orienté des patients pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale (secteurs, psychiatres libéraux, ...) ; répartition de ces acteurs sur le territoire de santé mentale
- Nombre de partenaires sociaux et médico-sociaux parties prenantes du parcours de réhabilitation psychosociale (coopérations formalisées)
- Nombre et type de partenariats instaurés
- Nombre de nouveaux patients bénéficiant d'un parcours de réhabilitation psychosociale
- Nombre de patients ayant bénéficié :
 - d'un programme de remédiation cognitive
 - d'un programme d'éducation thérapeutique
 - d'un programme d'entraînement des compétences et des habiletés sociales
 - de psychothérapies cognitivo-comportementales
 - nombre de familles et d'aidants ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation

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

1. Décrivez de quelle manière les usagers sont associés, impliqués au projet :
2. Décrivez de quelle manière les familles sont associées, impliquées au projet :
3. Indiquez quels sont les partenaires associés au projet et leur rôle
Promotion des soins orientés réhabilitation proposés par le CHU :
 - CLSM mais également promotion du CLSM auprès des patients du CHU
 - Institutionnels : ARS 06
 - Associations de familles : UNAFAM (Profamille)
 - Etablissements de santé
 - Médico-social
4. Précisez si une/des équipe(s) de recherche est associée au projet et qu'elle est sa mission
 - Accompagnement dans la mise en place du projet par le centre « support » régional
 - Protocoles de recherche en cours dans le service :
 - o EPPICS : Evaluation d'un Programme Psychoéducatif Initial Court pour la Schizophrénie
 - o VF-SRS : Validation française d'une échelle de résistance à la stigmatisation
 - o Schizo-Emp : étude des marqueurs électrophysiologiques liés aux processus cognitifs et affectifs sous-tendant le comportement empathique dans les troubles du spectre schizophrénique (en partenariat avec l'Université Côte d'Azur)
 - o Etude BI 1346-0038 : Etude de phase II randomisée en double aveugle, contrôlée versus placebo, en groupe parallèle, afin d'évaluer l'efficacité et la sécurité du BI 425809 administré une fois par jour avec un entraînement cognitif informatisé adjuvant sur une période de traitement de 12 semaines chez des patients atteints de schizophrénie
 - o STIMZO : Evaluation de la TDCs comme traitement complémentaire des symptômes persistants de schizophrénie
 - o RECOFACE : Etude préliminaire sur l'efficacité d'un programme de remédiation cognitive de la reconnaissance des émotions faciales en groupe
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) :

Réhabilitation psychosociale, qualité de vie, parcours de soin et de vie

5. Budget

Budget prévisionnel demandé					
Co-financements envisagés ou obtenus					
Organismes ou institutions sollicités		Montant		Statut de la demande (acquise, en cours)	
CHU – 3 ETP IDE consacrés à la réhabilitation					
Coût total estimé du projet					
Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁵³	Coût (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Infirmier Diplômé d'Etat		1			CHU Nice

⁵³ S = Salarié, B = Bénévole, M = Mise à disposition, P = Prestation de service

Autres postes de dépenses

Hormis les charges de Moyens humains déjà détaillés supra

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Formation de 4 IDE au programme NEAR	
Formation de 4 IDE au programme ToMRemed	
Licence annuelle logiciel de remédiation cognitive 600€ / an	

Projet Territorial en Santé Mentale – FICHE ACTION

Titre du Projet : « Mise en place d'un dispositif d'accompagnement vers la pratique de l'activité physique adaptée à destination des personnes touchées par une maladie psychique à Nice »

1. Informations Générales

Nom de la structure porteuse du projet	Ville de Nice - Conseil Local de Santé Mentale de Nice
Nom du représentant légal de la structure	M. Richard Chemla – Adjoint au Maire de Nice, délégué à la santé, à l'écologie et au bien-être
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Emmanuelle Soummer, chef de service prévention, Sébastien Rubinstein, chef de projet en santé mentale, FALZON Charlène, chef de projet en sport-santé
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	10 rue Hancy - 06000 Nice
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	emmanuelle.soummer@ville-nice.fr <input type="checkbox"/> 0492981141
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	sebastien.rubinstein@ville-nice.fr <input type="checkbox"/> 0492174492 charlene.falzon@ville-nice.fr <input type="checkbox"/> 0497135488
Date de rédaction initiale de la fiche	NOV 2020
Date de mise à jour de la fiche	30/11/2020

Axe thématique du projet en lien avec la priorité (pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
---	--

fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)	<p>durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale</p>
Durée prévue du projet (en mois)	
Date ou période de réalisation pressentie	

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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques</p> <p><input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale</p>
--	--

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...)

Le CLSM (Conseil Local de Santé Mentale) de la Ville de Nice est une instance de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie publique, les usagers et leurs aidants. L'objectif du CLSM est de faciliter l'intégration dans la cité des personnes vivant avec un trouble psychique. Un diagnostic local de santé mentale du CLSM a été réalisé en 2017. Il révèle notamment la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes concernées par la santé mentale. Dans ce cadre, le premier adjoint du Maire de la Ville de Nice a souhaité qu'une « culture de santé mentale bienveillante » soit développée dans la ville.

Selon une expertise de l'INSERM (2008), la pratique d'une activité physique régulière apparaît comme un facteur :

- de bien-être,
- de prévention de certaines maladies mentales et troubles psychiques,
- de lutte contre les difficultés psychologiques inhérentes à la condition humaine,
- de thérapie principale ou secondaire pour certains troubles psychiatriques,
- de réhabilitation sociale chez les personnes présentant des déficiences (affectives, cognitives, motrices) et d'amélioration de leur qualité de vie.

Le dispositif sport sur ordonnance "Nice Acti'Santé" a été lancé en décembre 2019 par la Ville de Nice avec pour objectif principal de répondre aux besoins en termes d'activité physique des niçois atteints de maladie chronique et créer une passerelle entre les professionnels de santé et de l'activité physique dans le parcours de soins des patients. Il est proposé aux personnes incluses dans le dispositif de réaliser gratuitement un bilan de condition physique et motivationnel permettant ensuite leur orientation vers une offre en activité(s) physique(s) adaptée(s) à leur santé, envies et besoins. Elles bénéficient également d'un suivi personnalisé tout au long du programme (suivi téléphonique et invitations à des séances éducatives, des séances découvertes et des moments conviviaux) afin de les accompagner tout au long de leur(s) pratique(s). Afin de mener à bien ce projet, la Ville de Nice a pu compter sur le soutien du Centre de Ressources et d'Expertise Azur Sport Santé, du CHU de Nice et de l'Université Côte d'Azur. Le dispositif bénéficie également d'un soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Depuis une vingtaine d'années, de nombreuses études ont démontré la pertinence et l'efficacité d'une activité physique adaptée dans les maladies chroniques et plus récemment, d'importants bénéfices ont été mis en évidence dans le domaine des pathologies psychiatriques.

Ainsi a été constitué une banque de données internationales regroupant les essais sur l'activité physique (Vera-Garcia-2015) avec une section particulière qui concerne les préconisations des essais en santé mentale (international Organization of physical therapist in mental Health).

Les constats issus de ses études ont donné lieu à des recommandations :

- Nécessité de « pratiquer au moins 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée au cours de la semaine pour les adultes de 18 à 64 ans » – OMS
- « Des exercices de renforcement musculaire devraient être pratiqués au moins 2 fois par semaine » – expertise collective ISERM 2008.

Il apparaît, de l'ensemble de ces travaux, un intérêt notable sur la santé physique et psychique des personnes présentant une maladie mentale, y compris parmi les plus graves d'entre elles avec un faible taux d'attrition qui témoigne de la possibilité pour des patients souffrant de schizophrénie par exemple, de participer à de tels programmes.

Bon nombre de malades psychiques présentent un état physique dégradé en raison de facteurs de risque bien identifiés : sédentarité, trouble du comportement alimentaire (modification de l'appétit et augmentation de la sensation de faim), action sédatrice des thérapeutiques antipsychotiques etc...

Ces facteurs de risque sont de nature à provoquer des effets délétères en matière de santé, d'autonomie et de qualité de vie (surpoids et obésité, diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie).

En réponse à ces phénomènes, les études montrent que l'activité physique adaptée améliore les paramètres cliniques et métaboliques quelles que soit les pathologies mentales, y compris les plus sévères : diminution des scores d'anxiété (Sexton-1989), diminution des scores de dépression et amélioration du sommeil (Mead-2009), diminution des rechutes dépressives, etc.

En ce qui concerne la schizophrénie (Dauwan 2016) a mis en évidence une efficacité sur les symptômes productifs de la maladie (délires, hallucinations, troubles du cours de la pensée) un effet positif sur la symptomatologie déficitaire (pauvreté des affects et du discours) ainsi qu'une amélioration du fonctionnement global et une amélioration de la qualité de vie. On retient encore une amélioration du sentiment d'auto efficacité, du niveau de stress et de l'estime de soi.

Enfin les études neuropsychologiques témoignent d'un bénéfice non négligeable au plan du fonctionnement cognitif.

Cependant l'efficacité des programmes d'activités physiques adaptées nécessite l'application rigoureuse de modalités d'exercice : programmes sollicitant la voie énergétique aérobie (20 à 40 minutes d'efforts continus) avec une intensité moyenne d'effort (50 à 60 % de la fréquence cardiaque maximale) pendant une durée minimale de 12 semaines.

Au regard des nombreux bénéfices liés à la pratique d'une activité physique régulière chez les personnes touchées par un trouble psychique et l'inclusion de plus en plus demandée de ce public dans le dispositif sport sur ordonnance de la Ville de Nice, un projet de collaboration visant à favoriser la pratique de l'activité physique chez les niçois touchés par une maladie psychique, est logiquement né entre l'équipe de Nice Acti'Santé et celle du CLSM.

B. Objectif général (*) :

L. Offrir la possibilité aux personnes présentant un trouble psychique d'améliorer leur santé et leur qualité de vie par la pratique d'une activité physique régulière,

M. Améliorer les habiletés sociales (sortir de chez soi, faire des démarches administratives ...) des personnes présentant un trouble psychique par la pratique d'une activité physique régulière.

C. Objectifs opérationnels :

- Intégrer les personnes présentant un trouble psychique dans un dispositif d'accompagnement et de suivi vers la pratique régulière d'une activité physique et qui a terme sera ouvert à l'ensemble de la population niçoise,
- Développer l'offre en activité physique adaptée à destination des personnes avec troubles psychiques sur le territoire de la Ville de Nice en collaboration avec le tissu associatif.
- Promouvoir le dispositif auprès des professionnels de santé

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes :

O.O 1 : Intégrer les personnes présentant un trouble psychique dans un dispositif d'accompagnement et de suivi vers la pratique régulière d'une activité physique et qui a terme sera ouvert à l'ensemble de la population niçoise

- Communication sur le dispositif auprès :
 - des professionnels de santé du territoire,
 - des structures/associations accueillant des personnes avec troubles psychiques.

- Inclusion et prise en charge des personnes avec troubles psychiques dans le dispositif :
 1. L'utilisateur est pris en charge au sein du dispositif par un enseignant diplômé en APA et bénéficie gratuitement d'un bilan physique et motivationnel afin de cerner au mieux ses attentes en termes d'AP mais aussi identifier les éventuels freins à la pratique. Ce bilan permet ensuite à l'enseignant en APA d'établir des recommandations en termes d'AP pour l'utilisateur et de l'orienter vers une offre en activité physique adaptée à son état de santé et ses besoins,
 2. Un compte-rendu du bilan est remis au médecin traitant. Après avoir validé ou modifié les préconisations de l'enseignant APA, le médecin prescrit l'AP et délivre le certificat d'absence de contre-indications à son patient,
 3. L'utilisateur est ensuite pris en charge dans un programme d'activité physique personnalisé ; selon les résultats du bilan physique et motivationnel, l'utilisateur est invité soit à suivre un programme de remise à niveau dit « passerelle » de 12 semaines à raison de 2 séances/semaine porté par l'équipe du dispositif Nice Acti'Santé, pour ensuite intégrer un programme annuel dans une structure sportive partenaire, soit à intégrer directement un programme annuel,
 4. L'utilisateur bénéficie en parallèle de sa prise en charge dans le programme d'activité physique personnalisé d'un suivi afin de l'accompagner dans la bonne gestion de son nouveau mode de vie (appels téléphoniques, séances éducatives et de découvertes),
 5. Un nouveau bilan physique et motivationnel est proposé à l'utilisateur au terme du programme « passerelle » et/ou au terme du programme annuel.

O.O 2 Développer l'offre en activité physique adaptée sur le territoire de la ville de Nice en collaborant le tissu associatif

Le développement de cette offre par la ville de Nice interviendra à 3 niveaux :

- la mise en place d'un programme de remise à niveau dit « passerelle » de 12 semaines à raison de 2 séances/semaine porté par l'équipe du dispositif Nice Acti'Santé,
- l'accompagnement des structures/associations accueillant des personnes avec troubles psychiques à la mise en place d'une offre en activité physique,
- la formation des clubs sportifs à la prise en charge des personnes avec troubles psychiques.

O.O 3 Promouvoir le dispositif auprès des professionnels de santé

- Formation sur la prescription de l'activité physique à destination des professionnels de santé à la pathologie dont souffre le patient ou à sa situation spécifique selon les référentiels et outils de la HAS

- Promotion du dispositif auprès de tous les professionnels de santé intervenant auprès de personnes avec troubles psychiques (kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmier(e)s etc.)
- Promotion du dispositif auprès des établissements médico-sociaux du territoire de la Ville de Nice

E. Bénéficiaires :

Ce dispositif s'adresse à des adultes insuffisamment actifs (score de Marshall < 4) résidant à Nice, présentant des troubles psychiques et n'ayant pas de contre-indication à la pratique. Le dispositif sera dans un premier temps ouvert uniquement aux personnes présentant les troubles les moins sévères (ex : syndrome dépressif, burn-out, psycho-traumatismes), puis une ouverture se fera progressivement sur 5 ans (montée en charge et compétences) aux personnes présentant des troubles plus sévères et nécessitant donc une prise en charge plus spécifique (ex : schizophrénie, bipolarité).

F. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressentie

Ville de Nice

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

Moyens matériels :

- Petit matériel sportif
- Consommables
- Espace de pratique
- Matériel informatique
- Outils de communication (affiche, flyer)

Moyens humains :

- a. 1 chef de projet/enseignant en APAS en charge de la promotion du dispositif, de la prise en charge des usagers (bilan + programme d'activité physique + suivi) et de l'accompagnement du tissu associatif dans la mise en place d'une offre sur le territoire (licence STAPS APAS obligatoire à minima) > 1 ETP
- b. 1 chef de projet du CLSM en charge du suivi du dispositif > 0,5 ETP

H. Modalités de suivi :

- calendrier de mise en œuvre,
- mise en place d'un COFIL,
- mise en place d'un comité des usagers,
- comptes rendus des réunions du COFIL,
- évaluation annuelle du dispositif (...)

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

- Nombre d'usagers pris en charge dans le dispositif (bilan + programme d'activité physique),

- Mesure de la progression des usagers (comparaison des résultats entre le 1^{er} et le second bilan),
- Mesure de la satisfaction des usagers à propos du dispositif,
- Nombre de médecins traitants/psychiatres ayant orienté au moins 1 patient vers le dispositif,
- Nombre de formations au processus du sport sur ordonnance organisées et de médecins formés
- Mesure de la satisfaction des médecins/psychiatres à propos du dispositif quant à son organisation et l'impact sur le patient.
- Nombre de structures/associations/clubs sportifs partenaires du dispositif,
- Nombre d'offres en activité physique adaptée pour les personnes avec troubles psychiques développées sur le territoire (...)
- Nombre d'établissement médicaux sociaux ayant orienté des usagers

J. Résultats attendus

- Augmentation du niveau d'activité physique des usagers
- Amélioration de la qualité de vie et des habiletés sociales des usagers
- Mise en place d'offres en activité physique adaptée pour les personnes ayant des troubles psychiques sur le territoire (...)

K. Outils et méthodes d'évaluation

- Tests de capacités physiques (mesures anthropométriques et estimations de la capacité cardio-respiratoire, des aptitudes musculaires, de la souplesse du corps et de l'équilibre),
- Questionnaires psychométriques validés scientifiquement de mesure de la qualité de vie et des habiletés sociales,
- Entretien motivationnel semi-directif,
- Questionnaires de satisfaction (...)

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

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

- mise en place d'un comité des usagers afin de recueillir leurs souhaits et suggestions dans un objectif d'évaluation et d'amélioration du dispositif,
- participation du comité des usagers au COPIL du dispositif.

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

La famille sera associée au projet à la demande de l'utilisateur et/ou selon la sévérité de ses troubles psychiques. Ainsi, la famille sera notamment sollicitée afin d'échanger avec l'équipe du dispositif sur le comportement de l'utilisateur dans sa vie quotidienne.

L'UNAFAM sera informée du bon déroulement du dispositif et pourrait être consultée sur quelques éléments pédagogiques.

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

Interne :

Ville de Nice : Service Prévention de la Direction de la Santé Publique ; Mission Handicap ; Direction des Sports (Cellule Sport Handicap et Santé) ; Direction Bien-être et Santé au travail (...)

Externe :

- Associations d'utilisateurs : Le Phare des 2 Pôles...
- Association des familles : UNAFAM 06...
- Centre de Ressources et d'Expertise Azur Sport Santé
- CHU de Nice
- Université Côte d'Azur – Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé (LAMHESS) pour suivi scientifique
- Médecins généralistes
- Psychiatres (du secteur public et libéraux)
- Service d'Accompagnement à la Vie Sociale / Foyers Eclatés / Centres de jour

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

Le laboratoire LAMHESS - Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé de l'Université Côte d'Azur sera en charge du suivi scientifique du projet.

5. Autres acteurs

Service communication, reprographie de la ville de Nice

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) :

Activité physique, bien-être

5. Budget

Budget prévisionnel demandé		
Co-financements envisagés ou obtenus		
Organismes ou institutions sollicités	Montant	Statut de la demande (acquise, en cours)
Coût total estimé du projet/ an		

Quels seront les moyens humains affectés pour la réalisation du projet					
Fonction dans le projet	Qualification	Equivalent temps plein	Statut⁵⁴	Coût / an (Salaire chargé ou prestation de service)	Structure de rattachement
Chef de projet - Enseignant APA	Licences STAPS APAS à minima requis	1	S		Ville de Nice
Chef de projet CLSM	Master en santé publique – spécialisation santé mentale	0,5	S		Ville de Nice
Stagiaire	Master APAS	1	S		Ville de Nice

Autres postes de dépenses

Intitulé du poste de dépenses	Montant (TTC)
Matériel sportif	
Matériel informatique	
Création - reprographie outils de communication (affiches, flyers)	
Consommables	

⁵⁴ **S** = Salarié, **B** = Bénévole, **M** = Mise à disposition, **P** = Prestation de service



Projet Territorial en Santé Mentale

DOSSIER d'INTENTION

Intitulé du projet : Fiche d'intention pour devenir centre de proximité en réhabilitation psychosociale

1. Informations Générales

Nom de la structure	CHG de Grasse
Nom du représentant légal de la structure	Monsieur Walid Ben Brahim
Nom, prénom, fonction du référent du projet	Dr Emmanuelle Chenu psychiatre Dr Marie-Claude Samson, psychiatre, chef de service
Adresse de correspondance (Adresse / Ville / Code Postal)	Chemin de Clavary BP 53149 -06135 Grasse
Adresse électronique et téléphone du responsable de la structure	@ direction.generale@ch-grasse.fr ☎04 93 09 51 01
Adresse électronique et téléphone du responsable du projet	☎e.chenu@ch-grasse.fr; @mc.samson@ch-grasse.fr
Date de rédaction initiale de la fiche	Novembre 2020
Date de mise à jour de la fiche	

<p>Axe thématique du projet en lien avec la priorité</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 3 - L'accès de personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Priorité 4 - La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p>
--	---

	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Priorité 6 - L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale
Période de réalisation de l'étude de faisabilité	

2. Constats/problèmes transversaux du 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

<p>Constats transversaux/problèmes en lien avec votre fiche action</p> <p>(pour cocher la case correspondante, <u>double-cliquer sur la case</u> de votre choix puis cocher dans la fenêtre de dialogue qui s'ouvre « Case activée »)</p>	<input type="checkbox"/> Constat n° 1 - Cloisonnement entre les acteurs et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 2 - Des insuffisances dans la formation <input type="checkbox"/> Constat n° 3 - Des difficultés d'accès à l'information pour les patients, les familles et les professionnels <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 4 - Insuffisance d'accompagnement personnalisé et difficulté de coordination dans le parcours de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Constat n° 5 - Retard dans le repérage, le dépistage et l'intervention précoce <input type="checkbox"/> Constat n° 6 - Difficulté d'accès aux soins somatiques <input checked="" type="checkbox"/> Constat n° 7 - Manque de reconnaissance et de prise en compte des capacités et de la parole des usagers et des familles <input type="checkbox"/> Constat n° 8 - Besoin d'évolution des politiques publiques <input type="checkbox"/> Constat n° 9 - Nécessité de développer des actions, programmes de promotion de la santé mentale
--	---

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) :

Réhabilitation psycho-sociale

3. Description de l'étude de faisabilité & du projet

(*) un objectif se doit d'être SMART : **Spécifique Mesurable Ambitieux Réaliste Temps situé dans le temps**

A. Contexte et ressources existantes : (Analyse de la situation, besoins, problématique initiale...)

Dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale, la priorité est donnée à une organisation du parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques qui vise à : *éviter au maximum les ruptures de suivi, prévoir des actions spécifiques de prise en charge et proposer le plus précocement possible un accès aux soins de réhabilitation psychosociale.* Le Ministère de la santé et des solidarités a inscrit dans **la feuille de route diffusée le 28 juin 2018** la stratégie « Ma santé 2022 ». Cette action du gouvernement place la santé mentale au rang de priorité, en inscrivant *parmi les objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale.* Son cadre de mise en œuvre est le PTSM.

L'instruction de la DGOS du 16 janvier 2019 fixe le cadre de l'organisation et de la structuration de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires. L'objectif est « *de garantir aux personnes vivant avec des troubles mentaux invalidants, ou connaissant des limitations des fonctions et des habiletés sociales en raison de leur pathologie, un accès aux soins dans une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte de leurs capacités, de leurs compétences et de leurs choix* ».

Dans ce contexte, le Service de Psychiatrie adulte du CH de Grasse souhaite bénéficier de soutien, d'accompagnement, d'actions de formation et de nouveaux outils thérapeutiques validés pour structurer les soins de réhabilitation déjà mis en place, et d'en développer de nouveaux, dans l'optique de favoriser le rétablissement des patients suivis.

La déclaration d'intention est de devenir secondairement un centre de proximité de soins en réhabilitation psychosociale.

a. Ressources existantes :

Dans le secteur de psychiatrie 06G01 :

Nous déployons progressivement des soins de type réhabilitation psychosociale (RPS) au sein de plusieurs unités fonctionnelles (Hôpital de Jour, CATTP, Equipe de Maintien à Domicile et de Réhabilitation, Unité d'Hospitalisation complète) dans l'optique de favoriser le rétablissement des patients.

Ils sont réalisés sur prescription médicale d'un psychiatre référent, dans le cadre d'un projet de soins personnalisé qu'il coordonne, après concertation et un processus d'évaluation en équipe pluri-professionnelle. Le projet de soins est basé sur la prise en compte des besoins exprimés par les usagers, sur l'évaluation globale des compétences préservées, des difficultés fonctionnelles, sociales et s'appuie sur les souhaits, le projet de vie et les ressources des personnes concernées, dans l'optique du rétablissement. L'évaluation se fait en lien avec les partenaires du réseau de soins déjà en place. Dans la majorité des cas, le patient bénéficie d'une prise en charge coordonnée entre plusieurs UF, en partenariat avec le réseau médico-social, associatif, les soins de ville et l'entourage. Le médecin référent coordonne les différents soins de réhabilitation, et ajuste le parcours de soins, à partir des bilans d'évaluation initiaux et secondaires avec le patient, et avec les professionnels qui le suivent. La coordination entre les UF se fait lors d'une réunion hebdomadaire de coordination du secteur.

b. Population cible :

- Patients présentant des pathologies chroniques invalidantes (en majorité : psychoses schizophréniques, troubles bipolaires, dépressions récurrentes).
- Jeunes atteints de schizophrénie, en début de maladie (moins de 5 ans).

c. Processus d'évaluation à l'hôpital de jour (HDJ):

-Un entretien d'évaluation est réalisé conjointement avec un psychiatre, un psychologue et un soignant de l'équipe, consistant en une évaluation clinique, en recherchant les ressources, les compétences, les aspirations et les motivations du patient. Ses proches peuvent y participer. *Nous n'utilisons pas d'outils psychométriques et aurions besoin d'un soutien en ce sens.*

-Puis une évaluation fonctionnelle est faite par l'ergothérapeute et/ou par des infirmières sur le lieu de soins comme sur le lieu de vie de la personne, et en extérieur, évaluant la qualité de vie ; les habiletés sociales ; l'estime de soi et l'autonomie sociale. L'ergothérapeute utilise des échelles d'évaluation standardisées.

-Un bilan neuropsychologique, avec un bilan des fonctions cognitives effectué par un psychologue formé y est parfois associé, à la demande. Il serait à développer.

-Une évaluation sociale est réalisée par une assistante sociale du secteur.

-Puis un projet personnalisé de soins est posé, fixant les objectifs partagés entre l'équipe de soins, la personne concernée et ses proches, pour s'engager ou poursuivre un parcours de rétablissement avec un accompagnement individualisé dans les domaines de la vie quotidienne, du logement, de la formation ou de l'emploi, de la santé, des loisirs, et des relations interpersonnelles.

-Des entretiens de réévaluation pluridisciplinaires réguliers sont fixés tous les 3 mois.

d. Soins de réhabilitation proposés sur le secteur :

- Réhabilitation sociale/ entraînement des compétences et des habiletés sociales :

- Un ergothérapeute réalise des bilans d'évaluation individuels pour les patients qui lui sont adressés, propose ensuite un accompagnement adapté et

individualisé à domicile et en extérieur pour progresser en autonomie et qualité de vie.

- Une équipe médico-infirmière de Maintien à Domicile et de Réhabilitation (EMDR) propose également des suivis individualisés pour des patients ayant une pathologie chronique, présentant des difficultés pour assurer leur quotidien à leur domicile ou équivalent (en appartement relai de l'établissement ou en résidence accueil à Grasse). La prise en charge consiste en des entretiens, des visites à domicile, des accompagnements, un soutien de l'entourage, et une coordination entre l'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social, du monde associatif, favorisant le maintien à domicile. Elles ont un rôle de soignantes et s'y associe souvent celui de **case manager**. Elles sont attentives aux domaines des soins psychiatriques, somatiques, des loisirs, des actions de bien être, des relations sociales etc...
- Consultations de psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) par un psychiatre du secteur au CMP et en intra.

- Réhabilitation professionnelle :

- Des bilans réguliers des capacités d'insertion professionnelle et des souhaits exprimés par les patients sont réalisés par l'assistante sociale des structures extrahospitalières du secteur, en lien avec le psychiatre référent et les différentes équipes qui le suivent.
- Des liens réguliers sont développés entre l'assistante sociale, l'équipe de l'HDJ et des ESAT du secteur afin de favoriser la réhabilitation professionnelle. Ceci a permis que certains patients puissent bénéficier d'un suivi mixte, avec une présence à temps partiel en ESAT, complétée par un temps de présence à l'HDJ, ce qui s'avère être très opérationnel pour initier une réinsertion dans le monde professionnel.

e. Actions de psychoéducation :

- Actions de psychoéducation pour les patients :

- Actuellement des actions de psychoéducation sont développées dans le secteur (intra, HDJ) sur les thèmes de la connaissance de la maladie, de l'observance au traitement, de l'hygiène de vie (nutrition, sports).
 - Plusieurs professionnels (psychiatres, infirmiers) ont été, et sont en cours de formation à la psychoéducation, avec l'objectif de développer et de structurer davantage l'ensemble des ateliers de psychoéducation, et les bilans d'évaluation.

- Actions de psychoéducation pour les familles :

- Un groupe de parole mensuel pour les familles de patients souffrant de psychoses, est co-animé par un psychiatre et une infirmière du secteur, et des membres de l'UNAFAM.
- Des entretiens familiaux réguliers ont lieu dans les suivis, dans une optique de psychoéducation.
- Des thérapies familiales systémiques sont proposées au CMP.
- La mise en place d'un temps réservé pour des thérapies avec des familles avec adolescents est en cours, pour développer le partenariat avec le service de pédiatrie du CH de Grasse et avec la pédopsychiatrie (Intersecteur Cannes Grasse, Fondation Lenval).

c. Ateliers thérapeutiques basés sur des médiations :

- Artistiques, corporelles, et basées sur la parole (en hospitalisation complète et à l'hôpital de jour), animées par des soignants, psychologue, ergothérapeute, arthérapeute. Elles favorisent le rétablissement, en

travaillant sur l'image de soi, la confiance en soi, les entraînements aux habiletés sociales, l'autonomie, l'adhésion aux soins.

- Ateliers de zoothérapie (équithérapie en extérieur ; projet en cours à l'HDJ) encadrée par un psychiatre, une psychologue et des soignants.
- Activités physiques et sportives (en individuel ou en groupes : musculation, boxe, tennis, foot, gym, piscine, projet d'escalade.), avec des coopérations avec les équipes départementales de sport adapté et des clubs locaux. Ces activités sont animées dans le service par un infirmier éducateur sportif, et par d'autres infirmiers référents pour le sport dans plusieurs UF.
- Activités de gestion du stress (yoga, relaxation, sophrologie, aromathérapie...), de développement de l'assertivité (en intra, HDJ, CATTP).

f. Coopération et partenariats :

Au sein du secteur :

Des passerelles sont mises en place pour favoriser le passage de patients de l'HDJ vers le CATTP, structure qui demande un niveau d'autonomie plus élevé (journées d'activités communes, accompagnements par les infirmiers de l'HDJ vers le CATTP).

A l'extérieur du secteur :

Ateliers thérapeutiques et activités d'entraînement des compétences et des habiletés sociales.

1. Partenariat formalisé avec un club équestre pour l'équithérapie en intra
2. Partenariat formalisé avec des intervenants extérieurs du Musée International de la Parfumerie (intervenants du MIP) : ateliers olfaction, ateliers reliure et cartonnage en intra.
3. Partenariat formalisé avec des intervenants extérieurs de la ville de Grasse : ateliers écriture, contes...

Qualité de vie / loisirs

4. Activités sportives : partenariat non formalisé avec un représentant du sport adapté du CHU de Nice et du Comité Départemental du Sport Adapté (CDSA) (tournois de foot pour l'ensemble du secteur); avec un club de tennis, (CATTP) ; avec un club d'escalade (en projet pur l'HDJ).
5. Culture : partenariat avec des Musées, Théâtre de Grasse à l'HDJ.
6. Gestion du stress : partenariat avec une intervenante extérieure pour le yoga à l'HDJ.
7. Différents loisirs : partenariat avec le GEM de Grasse (rencontres régulières entre HDJ et GEM et lors des rencontres pour le CLSM de Grasse).

Logements :

1. Partenariat sous forme de passages réguliers de soignants du secteur : avec la Résidence accueil du Mas du Calme ; le FAM de Breil (conventions formalisées).
2. Partenariat sous forme de passages réguliers de soignants du secteur avec la Pension de famille le Clos Notre Dame (convention à finaliser).
3. Travail : partenariat avec l'ESAT de Châteauneuf.
4. Santé : liens des soignants avec le médecin traitant ou aide pour en désigner un ; accompagnement vers les soins.

g. Membres des équipes et formations :

-Psychiatres : 1 Psychiatre faisant des entretiens motivationnels, des TCC et Formateur au DU de Thérapies Cognitives et Comportementales de l'université de Nice Sophia Antipolis ; 1 Psychiatre thérapeute familiale systémique et intervenant au DFSSU Clinique familiale et pratiques systémiques de l'Université Paris 8 ; 2 psychiatres ayant suivi une formation à la psychoéducation, 1 psychiatre en cours de formation à la psychoéducation.

-2 psychologues cliniciens dont 1 formé à la psychoéducation et avec un master2 de psychologie des perturbations cognitives.

-Équipe infirmière : 6 infirmières en cours de formation à la psychoéducation ; 1 infirmière déjà formée

-1 Cadre supérieure formée et référente de la mise en place des programmes d'éducation thérapeutique en MCO.

-1 cadre de proximité formée à la psychoéducation.

-1 ergothérapeute

-1 Assistante sociale

-1 Infirmier ayant également un diplôme d'**éducateur sportif fédéral** en arts martiaux.

N. Description du projet à l'étude :

- **Intitulé du projet à l'étude :**

Bénéficiaire de formations et acquisition d'outils thérapeutiques pour les soins de réhabilitation psychosociale en vue de **devenir secondairement un des centres territoriaux de proximité.**

- **Objectif général :**

Optimiser et structurer l'offre des soins de réhabilitation psychosociale sur le secteur psychiatrique du CH de Grasse, puis devenir un des centres de proximité de réhabilitation psychosociale du Département 06.

- **Objectifs opérationnels * :**

-Développer la culture du rétablissement au sein du service et auprès des partenaires pour développer des soins centrés sur les ressources et les attentes des patients en partenariat avec leurs proches.

-Obtenir un accompagnement et des moyens pour former de nouveaux professionnels du secteur aux soins de réhabilitation psychosociale.

-Compléter les outils d'évaluation en particulier par des outils psychométriques.

-Compléter l'offre de soins de réhabilitation psychosociale en utilisant des outils thérapeutiques adaptés et validés.

-Structurer l'offre de soins en réhabilitation psychosociale du service de psychiatrie du CH de Grasse (Ex programme de psychoéducation).

-Poursuivre les partenariats déjà en place et formaliser ceux qui ne le sont pas encore entre le CH de Grasse, le CLSM de Grasse, le GEM de Grasse, l'UNAFAM, la médecine de ville (Médecins généralistes, psychiatres libéraux, infirmières libérales), la MDPH, les partenaires sociaux (CCAS), médico-sociaux et associatif (associations de tutelles, association d'aides à domicile, d'auxiliaires de vie, associations de réinsertion : ISATIS et projet de gestionnaires de cas ; association d'aide au logement : UDAF) etc...

-Secondairement devenir centre de proximité en soins de réhabilitation psychosociale en contribuant au développement de prises en charge de réhabilitation dans les secteurs proches du Département 06, avec possibilité :

a. d'admettre des patients ou des familles d'autres secteurs pour des soins de réhabilitation.

b. d'être mobiles pour sensibiliser et accompagner des secteurs proches du Département aux principes et aux outils des soins basés sur le rétablissement.

• **Plan opérationnel /description déroulement du projet (si possible)**
Déroulement du Projet :

-Structurer l'offre de soins de réhabilitation sur l'ensemble du secteur en identifiant :

- Une équipe pluridisciplinaire référente destinée à organiser le parcours coordonné des soins de réhabilitation psychosociale entre les différentes UF du secteur, à faire les évaluations, et à fixer les contrats de soins avec les patients concernés.
- Les soins de RPS qui doivent être dans chaque UF, en déterminant leurs objectifs, leurs déroulements.
- Le processus d'évaluation initiale puis les bilans de réévaluation pour chaque action et pour l'ensemble du projet individualisé (par qui ? à quel rythme ? avec quels outils ?...).

-Développer les entretiens motivationnels en formant de nouveaux professionnels.

-Mettre en place un programme de psychoéducation sur le secteur destiné aux patients souffrant de schizophrénie.

-Utiliser des outils thérapeutiques standardisés et validés pour les évaluations initiales et secondaires.

-Demander des financements pour bénéficier de formations.

-Mettre en place un programme d'entraînement aux habiletés sociales, en étant accompagné par des professionnels spécialisés.

-Projet de mettre en place un groupe de psychoéducation familiale type Pro-famille ou BREF.

-Finaliser un groupe de soins de réhabilitation psychosociale à l'HDJ pour des jeunes souffrant de psychoses en début de maladie, en amplifiant les liens entre le CATTP adolescents de l'InterSecteur Cannes/Grasse et l'HDJ adultes de notre secteur.

-Poursuivre la mise en place des temps de thérapies familiales dédiés aux familles avec adolescents pour éviter les ruptures de parcours de soin.

• **Besoins :**

-L'équipe pluri-professionnelle a besoin d'un accompagnement et de formations à l'utilisation d'outils adaptés pour l'évaluation dans le cadre des soins de réhabilitation et pour leurs mises en place :

- Besoin de former de nouveaux professionnels aux entretiens motivationnels.
- Besoin de compléter la formation d'un psychologue de l'équipe pour réaliser un bilan neuropsychologique avec des outils d'évaluation objectifs ou de formaliser une convention avec un neuropsychologue formé d'un autre établissement.

-L'équipe a besoin d'accompagnement et de financement pour bénéficier de formations par le centre support régional et les professionnels spécialisés du Territoire pour mettre en place des actions ou des programmes de RPS :

- Besoin de bénéficier de formations et d'outils pour mettre en place des programmes d'entraînement aux habiletés sociales.
- Certains professionnels ont besoin de bénéficier d'une formation au Programme BREF pour animer un nouveau groupe de psychoéducation pour les familles, afin de compléter notre offre de soutien aux familles qui nous est chère sur le secteur.

- **Bénéficiaires :**

- Professionnels du secteur pour les formations.
- Patients et familles de notre secteur et à la demande pour d'autres secteurs proches, pour les parcours de soins de RPS.

- **Place des usagers / des familles :**

Les usagers et les familles pourront être à la fois bénéficiaires de ces soins, et seront partie prenante des projets (UNAFAM et GEM présents au sein du CLSM de Grasse, liens réguliers entre le secteur de psychiatrie de Grasse et ces derniers, participation aux instances de l'établissement d'un membre de l'UNAFAM...).

- **Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti :**

- Secteur 06G01, étendu au territoire (département 06) en cas de demandes ; sachant que le groupe de parole pour les familles et les thérapies familiales sont déjà ouverts aux autres secteurs du Département.

- **Modalités de suivi : (cf. circulaire de janvier 2019)**

- Nombre de nouveaux professionnels formés participant aux soins de réhabilitation (par profession et par type de soin de réhabilitation).
- Nombre, nature des différents types de soins proposés et nombre de sessions proposées.
- Nombre et qualité des acteurs ayant orienté des patients pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale (secteurs, psychiatres libéraux) ; répartition de ces acteurs sur le territoire de santé mentale.
- Nombre de partenaires sociaux et médico-sociaux parties prenantes du parcours de réhabilitation psychosociale (coopérations formalisées).
- +Nombre d'interventions de professionnels du secteur auprès d'autres secteurs (action de sensibilisation, formation...).

- **Critères et indicateurs d'évaluation : évaluation de Processus ; résultats attendus (si possible)(cf. circulaire de janvier 2019)**

- Nombre de nouveaux patients bénéficiant d'un parcours de réhabilitation psychosociale.
- + Nombre de patients hors secteur (et origine).
- Nombre de patients ayant bénéficié :
 - o d'un programme de remédiation cognitive.
 - o d'un programme d'éducation thérapeutique.
 - o d'un programme d'entraînement des compétences et des habiletés sociales.
 - o de psychothérapies cognitivo-comportementales.
- Nombre de familles et d'aidants ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation : type groupe BREF.
- + Nombre de familles ayant bénéficié d'actions de psychoéducation : groupe de parole, thérapies familiales.

C. Etude de faisabilité :

- **Objet de l'étude de faisabilité (étude des partenariats, des besoins, acceptabilité du projet par les acteurs / les populations etc.) :**

Etude des partenariats, des besoins de formation, de leurs coûts et de l'acceptabilité du projet par les représentants d'usagers, par les acteurs.

- **Calendrier de l'étude :**

-1^{er} trimestre 2021 : échanges avec l'UNAFAM, le GEM et le CLSM pour vérifier l'acceptabilité du projet par les acteurs et les usagers.

-2^{eme} trimestre 2021 : échanges avec le centre support régional, service du Pr Lançon au CHU à Marseille, et avec l'Association de réhabilitation AFRC au CHU Le Vinatier à Lyon.

- **Partenaires associés à cette étude (composition de l'équipe projet) :**
CODES, équipe du CHU de Nice service du Pr Benoît, UNAFAM, CLSM de Grasse, GEM.

- **Méthodes de travail :**

-Définition d'une équipe pluri-professionnelle de secteur référente des soins de réhabilitation psychosociale.

-Ecriture du projet avec description des différents soins de réhabilitation, identification des référents, des lieux, des outils, des moyens et des critères d'évaluation et de réévaluation...

-Echanges à prévoir entre les référents de l'équipe et :

- Les représentants des usagers (UNAFAM, GEM) : pour leur présenter le projet, recueillir leurs besoins en vue d'un partenariat pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet définitif.
- Le CLSM de Grasse.
- L'équipe du centre support régional en vue de vérifier la faisabilité d'un partenariat pour bénéficier d'un accompagnement à la structuration de la réhabilitation (outils thérapeutiques adaptés, formations utiles : par qui, coût...).

-

D. Autres informations utiles :

Nous déposons une fiche de déclaration d'intention et non pas une fiche action car malgré notre investissement dans le secteur pour développer des soins basés sur le concept de rétablissement depuis plusieurs années, nous avons besoin de parfaire notre formation pour utiliser des outils et des techniques spécifiques d'évaluation et pour développer des programmes adaptés, avant de pouvoir envisager de contribuer à intervenir auprès d'autres secteurs du Département.

Nous aurons besoin de financement pour mettre en place ces formations quand nous aurons défini précisément lesquelles nous seront utiles.

L'équipe a besoin d'accompagnement et de financement pour bénéficier de formations par le centre support régional et les professionnels spécialisés du Territoire pour mettre en place des actions ou des programmes de RPS.

10. PILOTAGE ET SUIVI

Dans le cadre du PTSM, tant au niveau de notre animation que des projets présentés par les porteurs, nous serons vigilants à ce que les principes et valeurs ci-dessous demeurent le fil rouge de l'ensemble des travaux engagés et à venir :

- La dimension de **démocratie sanitaire** restera une volonté affirmée de l'animation territoriale en s'appuyant sur des échanges marqués par un esprit de dialogue et de concertation entre l'ensemble des parties prenantes : professionnels, usagers, aidants
- La promotion de la **déstigmatisation**, du « **savoir expérientiel** » et **le respect des droits** des malades psychiques et des aidants auprès du grand public et des professionnels
- **L'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes** par le développement d'activités orientées vers **l'empowerment, le rétablissement et la réhabilitation psychosociale**
- **Le décroisement des intervenants** en permettant une meilleure connaissance/interconnaissance
- **La volonté « d'aller vers »** en privilégiant les propositions d'offre de service conçues comme s'intégrant totalement dans le tissu communautaire et valorisant les prestations répondant à des critères de disponibilité, de mobilité et de réactivité.

L'animation départementale a pour objectif d'accompagner la mise en œuvre, le suivi et l'évolution des projets inscrits dans le PTSM06 elle s'organisera de la façon suivante :

1. L'animation de groupes de travail

L'animation va se poursuivre et aura pour objectifs :

- Le soutien à la Structuration et à l'organisation de la gouvernance du portage et du suivi du PTSM
- L'accompagnement méthodologique des acteurs pour la mise en œuvre des projets déposés dans le cadre du PTSM
- Le maintien de la dynamique partenariale au travers d'échanges de pratiques notamment

2. Actions de communication et de sensibilisation

La communication générale sera organisée en partenariat avec le CRES PACA et une journée départementale sera organisée afin de promouvoir les activités du territoire du PTSM06

3. Développement de nouveaux partenariats

La rédaction du PTSM 06, s'est organisée dans un calendrier court et n'a pas permis de mobiliser toutes les organisations ou d'investiguer les problématiques de publics spécifiques.

Il est prévu de se rapprocher des structures au contact de publics spécifiques tels que : Les victimes de psycho-traumatismes notamment les personnes exilées, les personnes sous mains de justices (population carcérale, PJJ), les victimes de violences conjugales, les personnes en grande précarité, les enfants (familles) confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, personnes âgées

afin de leur présenter la démarche du PTSM, de les inciter à y participer.

Nous souhaitons aussi mobiliser les acteurs dans le champ du logement, de l'emploi, de la culture, des loisirs, qui n'ont pas pu participer aux travaux d'élaboration du PTSM06. L'objectif sera d'évoquer avec eux les déterminants de santé mentale et le rôle qu'ils peuvent jouer dans la réhabilitation psychosociale des patients atteints de troubles de santé mentale.

Des contacts sont déjà en cours et ou presentis avec : le Centre Régional de Psychotraumatisme (CRP) porté par la métropole, la ville de Nice et le Centre Hospitalier Universitaire, le Centre d'Innovation du Partenariat avec les Patients et le Public CI3P qui œuvre au sein du département d'enseignement et de recherche de médecine générale de la faculté de médecine de Nice. Il s'agit ici de reconsidérer les relations de soins avec les patients, de prendre en compte leur capacité à être acteur de leur santé et d'envisager les modalités de participation à leur propre parcours de soins.

Enfin nos contacts réguliers (conseil scientifique) et nos contributions aux travaux du **Centre Collaborateur pour l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS)** nous encourage au renforcement de la restauration et du respect des droits des usagers, leur citoyenneté et la réduction des conduites de discrimination dont ils sont victimes.

II. EVALUATION

Elle se situera à 2 niveaux :

- **Evaluation des projets déposés et validés dans le cadre du PTSM : fiches actions et dossiers d'intention**

Chaque porteurs locaux s'étant attaché à définir les critères et indicateurs d'évaluation, pour certain les méthodes et outils qui seront mis en œuvre.

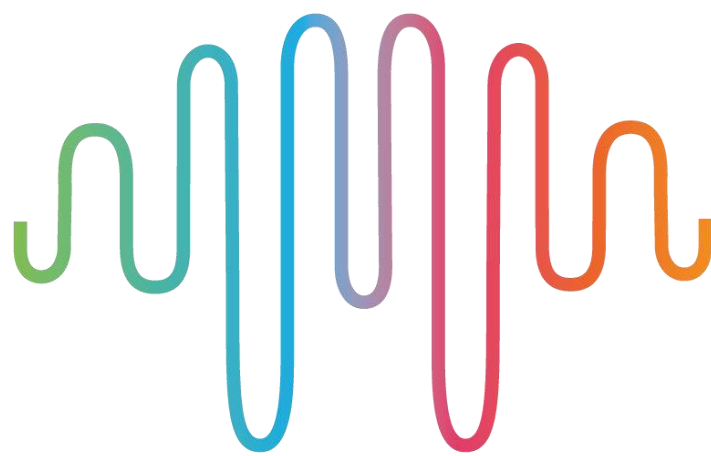
Chaque porteur conduit les évaluations des activités et des processus liés à ses activités ; l'équipe d'animation du PTSM 06 pourra si nécessaire apporter un conseil méthodologique sur le sujet.

- **Evaluation du processus d'implantation et du début de l'animation du PTSM06, assuré par le CODES06 qui portera sur :**

- le soutien à la structuration du portage de l'animation et l'organisation de la gouvernance et du suivi du PTSM
- le soutien aux acteurs pour la mise en œuvre des projets engagés, des nouveaux projets émergents, la maturation des dossiers d'intention,
- le maintien de la dynamique partenariale autour du PTSM,
- la participation à l'animation régionale

Le CODES06 s'inscrira et participera au groupe régional dédié à l'évaluation.

12. ANNEXES



Annexe n° I- Instruction Ministérielle



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction Régulation de l'offre de soins
Bureau prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale (R4)

Personne chargée du dossier : Céline DESCAMPS Tél. : 01 40 56 54 30

Mél. : celine.descamps@sante.gouv.fr

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction autonomie, personnes handicapées et âgées
Bureau insertion, citoyenneté et parcours de vie des personnes handicapées (3B)

Personne chargée du dossier : Dr Sylvia GUYOT Tél : 01 40 56 82 46

Mél : sylvia.guyot@social.gouv.fr

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
Bureau de la santé mentale (SP4)

Personne chargée du dossier : Marie-Hélène DECHAUX
Tél. : 01 40 56 45 48

Mél. : marie-helene.dechaux@sante.gouv.fr

La directrice générale de l'offre de soins
Le directeur général de la cohésion sociale
Le directeur général de la santé

à

Madame et Messieurs les préfets de région Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé
Mesdames et Messieurs les préfets de département

Copie :

- Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale - Mesdames et Messieurs les directeurs des Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
- Monsieur le directeur de la DRIHL [pour les politiques le concernant]
- Mesdames et messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations
- Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00 www.sante.gouv.fr/offre-de-soins

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

Date d'application : IMMEDIATE
 NOR : **SSAH1815648J** Classement
 thématique :

Validée par le CNP le 25 mai 2018 - Visa CNP 2018-41

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application
Résumé : La présente instruction vise à accompagner les acteurs et les ARS dans l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale. En application du décret relatif au projet territorial de santé mentale, elle précise les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets. Elle renvoie par ailleurs à une « boîte à outils » en ligne sur le site internet du Ministère des solidarités et de la santé pour décliner et illustrer les priorités du décret.
Mots-clés : parcours de santé et de vie, besoins des personnes, prévention et promotion de la santé, soins, accompagnements médico-sociaux et sociaux, services, co-construction, diagnostic territorial partagé, contrat territorial de santé mentale
Textes de référence : Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en particulier son article 69 Décret CE n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire Circulaire N° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en oeuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016 Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville
Annexes : Annexe 1 : Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale Annexe 2 : Le recueil de données dans le cadre du diagnostic territorial partagé : exemples de données à mobiliser
Diffusion : ARS, établissements et professionnels de santé, URPS, établissements et services sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, conseils départementaux, services de l'Etat en région et dans les départements (DDCS-PP, DDT, Délégués du Préfet), MDPH, recteurs d'académie.

Site Internet du Ministère :

« Boîte à outils » : Les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale - Exemples de mise en œuvre : <http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

Introduction

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait évoluer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en reconnaissant le caractère transversal de la santé mentale et en prévoyant la mise en œuvre sur les territoires de projets territoriaux de santé mentale élaborés par l'ensemble des acteurs concourant à cette politique.

En application de la loi, le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017 a fixé les six priorités que doit prendre en compte chaque projet territorial de santé mentale ; il a précisé la méthodologie et les délais maximum d'élaboration du projet territorial, le rôle des Agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

En prolongement du décret, la présente instruction a pour objectif d'accompagner les acteurs de santé mentale dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale sur les territoires, en précisant la déclinaison des priorités en actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en soins, accompagnements et services attendus (I) ; en explicitant les modalités de définition du territoire, de mobilisation et d'association des acteurs, ainsi

que le rôle des ARS (II) ; et en fixant le calendrier et les modalités de contractualisation, de suivi et d'évaluation du projet (III).

Déclinée sur le site Internet du ministère, cette instruction vise à proposer aux acteurs les outils de co-construction des projets territoriaux de santé mentale et à favoriser l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide, et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et de progrès des connaissances.

Elle doit aider les acteurs à élaborer des projets partagés, réalistes et progressifs en réponse aux enjeux de santé mentale identifiés sur les territoires, afin de permettre à ces projets d'améliorer concrètement les parcours des personnes concernées.

1. Les actions de prévention et de promotion de la santé, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale

L'article L3221-2 du Code de la santé publique dispose que le projet territorial de santé mentale « *organise les conditions d'accès de la population :*

*1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;
2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ; 3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale ».*

Pour organiser cet accès, le projet territorial de santé mentale tient compte des six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017. Ces priorités sont déclinées selon une logique qui part, non des acteurs et des structures, mais des besoins et aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours.

Elles ont vocation à être mises en œuvre selon des modalités diversifiées déterminées par les acteurs, en lien avec les ARS, pour tenir compte des caractéristiques du territoire, des besoins et des attentes des personnes concernées et de leurs familles, de l'offre existante et de la dynamique des acteurs.

Elles répondent aux orientations du décret relatif au projet territorial de santé mentale, favorisant « *la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire* » et visant « *la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion de leurs capacités et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active* ».

Elles s'adressent à la fois :

- à la population générale, pour ce qui concerne la promotion de la santé mentale et l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale ;
- aux personnes présentant une souffrance et/ou des troubles psychiques - incluant les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, car présentant des troubles sévères et persistants, ainsi que les personnes les plus vulnérables cumulant les problématiques de santé ;
- et à leurs proches et aidants, pour l'ensemble des priorités

Elles contribuent aux réponses apportées aux personnes présentant certains troubles neurodéveloppementaux, dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Une « boîte à outils », conçue pour aider les acteurs dans la mise en œuvre des priorités, est disponible sur le site du Ministère :

Les six priorités fixées par le décret du 29 juillet 2017 sont déclinées en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins, accompagnements sociaux et médicosociaux et services attendus, et sont illustrées par des exemples de réponses construites et proposées par des professionnels de terrain, dans une logique de boîte à outils. Ces exemples ont vocation à faire partager des dynamiques de réponses déjà à l'œuvre sur les territoires à l'initiative des acteurs locaux ; ils ne constituent pas une recommandation formelle d'organisation.

Ces exemples seront progressivement enrichis.

<http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale>

2. Les modalités de définition des territoires, de mobilisation et d'association des acteurs et le rôle des Agences régionales de santé

2.1 Le territoire du projet

Le territoire de santé mentale, tel que défini à l'article L.3221-2, correspond à la notion de **territoire suffisant** pour permettre :

- l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale (représentants des personnes concernées et des familles, établissements de santé autorisés en psychiatrie, établissements et services sociaux et médico-sociaux, médecins de ville et professionnels d'exercice libéral, psychologues, conseils locaux de santé mentale, groupes d'entraide mutuelle, acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, acteurs du logement et de l'hébergement, de l'emploi, de l'inclusion sociale et citoyenne).
- l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées.

Le territoire de santé mentale est ainsi à la fois un territoire de coordination des acteurs au niveau institutionnel et un territoire d'organisation pour l'accès à une offre non disponible en proximité. A l'inverse, ce n'est pas le territoire d'organisation des parcours (échelon local), ni le territoire de planification et d'allocation des ressources (échelon régional). Il est important de noter qu'il s'agit avant tout d'un territoire de projet et d'engagement des acteurs, même si ses contours doivent pouvoir être définis.

A titre indicatif, le niveau départemental peut constituer un niveau territorial pertinent, à la fois pour les acteurs sanitaires (présence de la délégation territoriale de l'ARS et de un à plusieurs groupements hospitaliers de territoire), et pour les acteurs sociaux et médicosociaux, en tant que lieu de définition de plusieurs politiques contribuant à la santé mentale (politiques départementales relatives à la cohésion sociale : enfance et jeunesse, aide sociale, emploi, handicap, grand âge, précarité et exclusion...).

Le territoire de démocratie sanitaire, s'il est différent du niveau départemental, peut également être retenu, en cohérence avec celui du Conseil territorial de santé et de sa commission spécialisée en santé mentale. Le niveau de l'agglomération ou de la métropole, quand il existe, pourra également être adapté dans les territoires caractérisés par une forte densité populationnelle.

Le territoire est défini de manière consensuelle entre les différentes catégories d'acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

2.2 Les acteurs à mobiliser pour participer à la démarche de diagnostic territorial partagé et de projet territorial de santé mentale

L'élaboration du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale constitue une démarche partenariale rassemblant l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale. Elle doit permettre d'établir des constats partagés entre ces acteurs et **de coconstruire un projet territorial centré sur la réponse aux besoins et aspirations** des personnes. Les acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale sont :

- Les représentants des personnes et des familles ;
- Les acteurs sanitaires, dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux ;
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Les collectivités territoriales ;
- Les services préfectoraux, dont la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les Directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) ;
- Les acteurs de la promotion de la santé mentale et de la prévention, notamment ceux travaillant dans la prévention du suicide
- Les acteurs de la lutte contre les addictions ;
- Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, dont les acteurs des PRAPS ;
- Les acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »⁵⁵ ;
- Les autres acteurs concourant à la politique de santé mentale, notamment pour une continuité scolaire, d'apprentissage, d'études adaptées et choisies
- Le Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale

⁵⁵ Cf. Page sur le site du Ministère : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-santé-mentale>

- Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale ;
- Les Centres de ressources pour le handicap psychique (CRéHPsy) et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques

L'annexe 1 décline plus précisément ces catégories.

2.3 La matérialisation de l'initiative

L'initiative de l'élaboration du projet territorial de santé mentale est prise par des acteurs de santé mentale. Elle peut en particulier émaner du Conseil territorial de santé et de sa Commission spécialisée en santé mentale ou, à défaut, de toute autre forme d'instance de concertation en santé mentale présente sur un territoire.

La démarche associe d'emblée des représentants de l'ensemble des acteurs concernés, *a minima* des acteurs de la psychiatrie et des acteurs du champ social et médico-social et des représentants des personnes concernées et des familles. Les représentants des élus sont particulièrement invités à participer à cette initiative.

Les porteurs de l'initiative ainsi réunis se concertent pour délimiter le territoire, identifier les autres acteurs de ce territoire à associer et proposer un mode de gouvernance du projet.

Avant l'engagement de la démarche de diagnostic territorial, ils adressent au Directeur général de l'Agence régionale de santé un document précisant :

- La délimitation du territoire proposé
- La liste des acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet territorial de santé mentale conformément au paragraphe 2.2 de la présente instruction

Si cette initiative n'est pas conforme aux dispositions prévues par les textes, le directeur de l'Agence régionale de santé sollicite auprès des acteurs une modification du territoire envisagé ou de la liste des acteurs identifiés.

Avec le soutien de l'Agence régionale de santé, les porteurs de l'initiative sollicitent la participation des autres acteurs du territoire identifiés pour participer à l'élaboration du projet. Les catégories d'acteurs se caractérisant par un nombre important de membres pourront être invitées à organiser les modalités de leur représentation collective.

2.4 La gouvernance du projet

Les modalités de gouvernance et de pilotage du projet permettent une représentation du secteur sanitaire et du secteur social et médico-social, afin de garantir la prise en compte des besoins de santé et d'accompagnement. La gouvernance intègre des représentants des usagers et des familles et des représentants des collectivités territoriales.

Elle permet la circulation de l'information nécessaire entre les pilotes du projet et l'ensemble des acteurs associés. La mise en place d'un comité de pilotage territorial peut être recommandée à cette fin.

Elle peut s'intégrer dans un cadre juridique, par exemple un GCS ou un GCSMS⁵⁶ déjà existants, une communauté psychiatrique de territoire élargie aux autres acteurs, une association...

2.5 La première étape : le diagnostic territorial partagé

L'élaboration du diagnostic territorial partagé constitue **une démarche participative et qualitative** qui permet aux acteurs d'élaborer une vision partagée de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et aspirations des personnes, de ce qui fait défaut ou fonctionne moins bien, et d'identifier les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale.

L'élaboration du diagnostic territorial tient compte des axes d'analyse cités à l'article R 3224-3 du Code de la santé publique.

Le diagnostic territorial s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offre, qui pourra notamment se nourrir des informations produites par l'ATIH⁵⁷, la DREES⁵⁸ et les observatoires régionaux de santé.

⁵⁶ *Groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)*

⁵⁷ *Agence technique de l'information hospitalière*

⁵⁸ *Atlas de la santé mentale en France (DREES-IRDES), enquêtes SAE, ES-Handicap et enquête ES-Difficulté sociale*

L'annexe 2 propose une liste indicative de ces données et indicateurs. Il s'appuie également sur les documents et schémas existants⁵⁹.

Dès la finalisation du document, les pilotes du projet transmettent le diagnostic territorial partagé au Directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité.

2.6 La deuxième étape : le projet territorial de santé mentale

Le projet territorial de santé mentale est élaboré sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités énoncées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnements à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

Le projet territorial de santé mentale est concrétisé par un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs afin de prendre en compte les six priorités fixées par le décret pour la durée du projet territorial. Il prévoit la priorisation des actions dans le temps, les modalités opérationnelles de leur mise en œuvre et les acteurs concernés. Il prévoit en outre les modalités et les indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du projet, ainsi qu'une mesure T0 de ces indicateurs.

Les pilotes du projet transmettent le projet territorial de santé mentale au directeur général de l'Agence régionale de santé par tout moyen permettant d'en attester la réalité, avant l'expiration de la période mentionnée au 3.1 de la présente instruction.

Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP⁶ dans le cadre du projet « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » (publication en décembre 2016) pourront utilement être mobilisés par les acteurs, ainsi que le Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREAI⁶⁰, avril 2016).

2.7 Le rôle des agences régionales de santé dans l'animation, le suivi et la validation de la démarche

Conformément à l'article R. 3224-2 du code de la santé publique, l'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires et au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. A ce titre, le directeur général de l'agence :

- S'assure que la définition du territoire proposée par les acteurs contribue à la couverture globale du territoire régional par des projets territoriaux de santé mentale
- S'assure que l'ensemble des catégories d'acteurs concernés sont parties prenantes de la démarche et sollicite, si nécessaire, les acteurs manquants
- S'assure d'une gouvernance équilibrée du diagnostic et du projet territorial de santé mentale
- Mobilise les délégations départementales et/ou les référents thématiques (santé mentale, handicap, précarité, prévention/promotion de la santé, addictions, santé des détenus, personnes âgées, politique de la ville...), qui contribuent notamment à mettre à disposition les données nécessaires à la réalisation du diagnostic territorial, participent aux instances de gouvernance et, le cas échéant, aux travaux
- S'assure de la prise en compte des priorités fixées aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10 du code de la santé publique et de la conformité du projet avec le projet régional de santé et la stratégie nationale de santé.

Le directeur général de l'Agence régionale de santé arrête le diagnostic, puis le projet territorial de santé mentale après avoir sollicité pour chaque document l'avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé, conformément à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

3. Calendrier, modalités de contractualisation, suivi et évaluation

3.1 Calendrier

⁵⁹ *Projet régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, schémas départementaux en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées et de la protection de l'enfance, projets des conseils locaux de santé mentale, des contrats locaux de santé, des équipes de soins primaires, des communautés territoriales professionnelles de santé, des plates-formes territoriales d'appui, plans départementaux de lutte contre la pauvreté et pour l'insertion sociale, plans départementaux d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, plans locaux d'habitat, contrats de ville...* ⁶ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

⁶⁰ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie- Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée

Le projet territorial de santé mentale a une durée de 5 ans à compter de la date à laquelle il est arrêté par le Directeur général de l'Agence régionale de santé.

La date limite de transmission au directeur général de l'ARS du premier projet territorial de santé mentale est le 28 juillet 2020⁶¹. A cette date, si aucun projet ne lui a été adressé, le directeur général de l'Agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le projet territorial de santé mentale.

Pour les suivants, à compter de la date d'échéance de chaque projet territorial de santé mentale, le délai maximum d'élaboration d'un nouveau projet territorial est de 18 mois. Passé ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé constate le défaut de transmission par les pilotes et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le nouveau projet territorial de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale d'une même région peuvent être arrêtés à des temps différents.

3.2 Modalités de déclinaison et de contractualisation de la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

Les agences régionales de santé utiliseront les outils à leur disposition afin de faciliter la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

3.2.1 Le contrat territorial de santé mentale

Conformément aux dispositions de l'article L3221-2 du Code de la santé publique, le contrat territorial de santé mentale est conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs participant à la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

Il est recommandé que la signature du contrat intervienne dans un délai de 6 mois suivant l'arrêt du projet territorial de santé mentale.

Le contrat territorial de santé mentale précise pour chacune des actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial :

- Les acteurs responsables
- Le calendrier prévisionnel de mise en œuvre
- Les moyens consacrés par les acteurs
- Les modalités de financement, de suivi et d'évaluation

3.2.2 La déclinaison des actions du projet territorial de santé mentale au sein des projets d'établissement ou de service et des projets médicaux partagés des GHT

Le directeur général de l'ARS s'assure que les établissements de santé, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, et les groupements hospitaliers de territoire déclinent au sein de leur projet stratégique (projet d'établissement ou de service, projet médical partagé) les actions du projet territorial de santé mentale qui les concernent. Il sollicite le cas échéant leur actualisation par voie d'avenant.

Conformément aux dispositions du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016, les communautés psychiatriques de territoire dont l'un des membres est partie à un GHT s'assurent de la prise en compte des orientations du projet territorial de santé mentale au sein du projet médical partagé du GHT.

3.2.3 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Autant que de besoin, les actions permettant la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale peuvent être déclinées au sein des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre le directeur général de l'ARS et chaque établissement sanitaire, et établissement et service médico-social, ainsi qu'au sein des contrats liés à la mise en œuvre d'actions financées par le Fonds d'intervention régional.

3.2.4 Les autres outils de déclinaison et de contractualisation

Le projet territorial de santé mentale est décliné autant que de besoin au sein :

- Des contrats de ville ;
- Des contrats locaux de santé ;
- Des projets des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et de toute commission créée par les collectivités territoriales pour traiter de santé mentale ;
- Des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

⁶¹ Soit 3 ans à compter de la parution au JO du décret relatif au projet territorial de santé mentale.

3.3 Suivi et évaluation

Le suivi de l'état d'avancement de la démarche d'élaboration de la première génération des PTSM au sein des régions sera réalisé par les services des ministres chargés des solidarités, de la santé et des personnes handicapées, en lien avec les ARS.

Par ailleurs, les acteurs inscrivent au sein du projet territorial de santé mentale des indicateurs d'évaluation correspondant aux six priorités fixées par le décret et visant prioritairement à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein de chaque territoire .

Ces indicateurs font l'objet d'un suivi régulier, par les pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre. Leur évolution est communiquée à l'ensemble des acteurs parties prenantes du projet territorial de santé mentale. Représentant la responsabilité partagée des acteurs du projet territorial de santé mentale dans le parcours, ils ont vocation à être interprétés et interrogés collectivement.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux acteurs de santé mentale. Nos services se tiennent à votre service en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation

signé

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de

Pour la ministre et par délégation

signé

J-Ph. VINQUANT
Directeur général de la cohésion sociale

Pour la ministre et par délégation

signé

Jérôme SALOMON
Directeur général de la santé

Pour la ministre et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales

ANNEXE 1 : Les acteurs partie prenante du projet territorial de santé mentale (PTSM)

Cette liste non exhaustive est donnée à titre indicatif.

- **Les représentants des personnes et des familles**
 - Associations d’usagers et de familles
 - Représentants au Comité des usagers des établissements autorisés en psychiatrie
 - Représentants au Conseil de la vie sociale des ESSMS
 - Représentants de GEM
 - Représentants du conseil régional des personnes accueillies et accompagnées (CCRPA)

- **Les acteurs sanitaires :**
 - Etablissements de santé autorisés en psychiatrie, publics, ESPIC et privés
 - Etablissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique - Communautés psychiatriques de territoire
 - Maison des adolescents
 - Psychiatres libéraux
 - Médecins généralistes
 - Médecins pédiatres et gériatres
 - Equipes de soins primaires (dont centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelle), communautés professionnelles territoriale de santé et plates-formes territoriales d’appui
 - Officines de pharmacie
 - Psychologues
 - Caisses primaires d’assurance maladie et mutualité sociale agricole
 - Unités sanitaires en milieu pénitentiaire, service médico-psychologique régional et unité hospitalière spécialement aménagée
 - Acteurs du service de santé au travail
 - Personnels psychologues, sociaux et de santé (infirmiers et médecins) de l’éducation nationale et des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
 - Services de soins infirmiers à domicile
 - CeGGID
 - PASS et EMPP

- **Les acteurs sociaux et médico-sociaux**
 - Services et établissements sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes présentant des troubles ou un handicap psychique, dont :
 - Les acteurs de l’emploi et du logement accompagnés
 - les services d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, SAVS, SAMSAH, SAMSAH Psy) ○ les MAS, les FAM
 - Les foyers d’hébergement, de vie
 - les services à destination des enfants et adolescents (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME, ITEP...) ○ les ESAT et entreprises adaptées
 - Maison départementale des personnes handicapées
 - Acteurs impliqués dans la démarche « réponse accompagnée pour tous »
 - Service public de l’emploi (dont Cap emploi et les missions locales)
 - Points d’accueil et d’écoute jeunes
 - Acteurs du logement et de l’hébergement (bailleurs sociaux, foyers,..)
 - Associations en charge de l’accès aux sports, aux loisirs, à la culture
 - Professionnels et structures de l’insertion par l’activité économique
 - Les acteurs concourant à une continuité scolaire, à la poursuite d’un apprentissage, à des études adaptées et choisies

- **Les services de l'Etat**
 - Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) et/ou de la protection des populations
 - Direction départementale des territoires
 - Délégués du Préfet
 - DIRECCTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi)
 - Services de la Direction régionale de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) - Direction des services départementaux de l'éducation nationale

- **Les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire**
 - Conseil départemental et ses services de protection maternelle et infantile (PMI) et d'aide sociale à l'enfance (ASE) notamment
 - Communes, communautés de communes, agglomérations, métropoles
 - Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale
 - Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie
 - Conseils locaux de santé mentale
 - Les coordonnateurs des contrats locaux de santé
 - Conseils locaux de santé
 - Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS)
 - Ateliers santé-ville
 - Toute commission créée par les collectivités territoriales ou les acteurs locaux pour traiter de santé mentale

- **Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé**
 - Associations et acteurs intervenant dans la prévention, notamment du suicide - Acteurs de la promotion de la santé scolaire et universitaire

- **Les acteurs de la lutte contre les addictions**
 - Sanitaires : services d'addictologie, équipes de liaison en addictologie, soins de suite et réadaptation
 - Médico-sociaux : centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations jeunes consommateurs (CJC), centres d'accueil, d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)
 - **Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion**
 - Acteurs des PRAPS
 - Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)
 - Acteurs de l'urgence sociale (centres d'hébergement d'urgence, accueils de jour...)
 - Acteurs de l'hébergement et du logement des publics précaires et des personnes migrantes ou réfugiées (CHRS, lits haltes soins-santé (LHSS), lits d'accueil médicalisés (LAM), ACT et ACT psy, résidences sociales, maisons relais, ...)
 - Associations et ONG (MSF, MDM...)
 - SAMU social

- **Les autres ressources contribuant à la coordination territoriale**
 - CRÉHPsy et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques

- **Les autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale**
 - Services de tutelle pour majeurs protégés
 - Caisses d'allocations familiales
 - Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)
 - Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII)
 - Services de la direction de la sécurité publique
 - Centres de ressource politique de la ville

ANNEXE 2 : Le RECUEIL DE DONNEES DANS LE CADRE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGÉ :
EXEMPLES DE DONNEES POUVANT ETRE MOBILISEES

Exemples d'indicateurs et de données relatifs aux besoins :

✓ ***Caractéristiques socio-démographiques de la population et écarts par rapport aux moyennes régionale et nationale :***

- Répartition en tranches d'âge
- Proportion de personnes âgées de plus de 75 ans
- Répartition de la population active dans les différents groupes socioprofessionnels
- Niveau de formation de la population active
- Structure du foyer familial
- Nombre moyen de pièces par logement/taille du ménage
- Taux d'emploi au sein de la population active
- Taux de pauvreté
- Revenu disponible médian des ménages
- Proportion de ménages soumis à l'impôt
- Proportion d'allocataires de minima sociaux
- Nombre de signalements d'incurie du logement
- Taux d'urbanisation
- Nombre d'habitants résidant en quartiers prioritaires de la politique de la ville
- Nombre de personnes sous main de justice (en milieu fermé et en milieu ouvert)
- Nombre de personnes sans domicile fixe
- Taux de CMUc et d'AME
- Nombre de placements à l'ASE
- Taux de non recours aux droits (dont RSA et CMUc)

✓ ***Indicateurs de santé de la population et écarts par rapport aux moyennes régionale et nationale :***

- Taux d'admission en ALD, dont ALD 23 « troubles psychiatriques de longue durée »
- Taux de mortalité, dont taux de mortalité prématurée
- Taux de participation aux dépistages organisés
- Taux de suicide (avec ventilation par tranche d'âge)
- Indices comparatifs de mortalité par causes de décès
- Prévalence des addictions et décès liés à des pathologies liées à l'alcool
- Consommation de psychotropes
- Taux d'allocataires de l'AAH, dont AAH pour handicap psychique
- Consommation de soins de ville par les personnes en ALD 23 par rapport à la population générale

Exemples d'indicateurs et de données relatifs aux ressources et à l'offre (enfants et adultes):

✓ **Ressources sanitaires :**

- Offre de psychiatrie et de pédopsychiatrie publique et privée (libérale et en établissement) et répartition sur le territoire (hospitalisation et dispositifs ambulatoires)
- Densité de médecins généralistes et spécialistes et répartition sur le territoire
- Densité de psychiatres (libéraux et salariés)
- Densité de psychologues
- Effectifs d'infirmiers libéraux et mixtes
- Nombre et répartition de Consultations dédiées (douleur, soins somatiques, santé bucco-dentaire...) pour les personnes en situation de handicap
- Offre de soins, publique et privée, ayant adapté leur organisation à l'accueil des personnes en situation de handicap ou de précarité (lieu dédié, horaires dédiés, formation spécifique des professionnels...)
- Organisation des urgences
- Organisation de la PDSA
- PASS et PASS psychiatrique
- EMPP

- Autres dispositifs locaux ou équipes mobiles pour des personnes cumulant des troubles psychiques et des difficultés sociales et/ou de santé
- ✓ **Ressources médico-sociales et sociales⁶²** :
 - Offre médico-sociale d'accompagnement des personnes présentant des troubles ou un handicap psychique (établissements et services sociaux et médico-sociaux) et répartition sur le territoire
 - GEM et clubs d'insertion
- ✓ **Ressources en direction des enfants/adolescents** :
 - Offre médico-sociale pour les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques (CMPP, CAMSP, IME, SESSAD, ITEP, BAPU...) et répartition sur le territoire
 - Offre en structures relevant de la protection de l'enfance (MECS, foyers de l'enfance, accueil familial, accueil mère-enfant...)
 - Etablissements de la PJJ
 - Consultation jeunes consommateurs (CJC)
 - Autres structures ou dispositifs locaux d'intervention précoce en santé mentale
- ✓ **Lieux et dispositifs de coordination des parcours (généralistes ou spécialisés)** :
 - Equipes de soins primaires (ESP), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes (PTA), services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO)
 - Conseils locaux de santé mentale, contrats locaux de santé et toute autre commission créée par les collectivités territoriales à cette fin
 - CRÉHPSy et autres dispositifs ayant une fonction d'appui aux acteurs du parcours de santé des personnes atteintes de troubles psychiques
- ✓ **Logement et hébergement** :
 - Offre de logement social
 - Offre de logement et d'hébergement accompagné par type de structure
 - Dispositifs de soutien au maintien dans le logement ou d'accès au logement ou à l'hébergement, autres que médico-sociaux
 - Taux de logements vacants (parc social et parc privé)
 - Taux de rotation du parc public
- ✓ **Emploi**
 - Dispositifs d'emploi accompagné
 - Offre en milieu protégé, dont ESAT
- ✓ **Scolarité, formation et enseignement supérieur**
 - Offre de dispositifs soins-études
 - Dispositifs, autres que médico-sociaux, de soutien à la scolarité, à l'inclusion scolaire (dont les dispositifs de réussite éducative), à la poursuite d'un apprentissage, à des études adaptées et choisies dans l'enseignement supérieur
 - Etablissements d'enseignement adapté
- ✓ **Lutte contre la précarité et l'exclusion**
 - Offre de logement et d'hébergement (urgent et non urgent) à destination des publics précaires ou exclus
 - Dispositifs « un chez soi d'abord » ou inspirés du modèle « un logement d'abord »
 - Offre d'accompagnement social, juridique des personnes précaires ou exclues
 - EMPP, PASS et PASS psy, équipes de maraude (par types de publics : jeunes, précaires...)
 - Taux de réponse du 115
 - Actions et dispositifs du PRAPS déployées pour les personnes précaires atteintes de troubles psychiques
 - Actions et dispositifs déployées par la démarche « réponse accompagnée pour tous » pour les personnes en situation de handicap psychique sans solution de prise en charge adaptée à leurs besoins et aspirations, qui concernent des publics vulnérables et précaires

⁶² Distinguer l'offre spécialisée pour les personnes avec troubles psychiques et les offres mixtes

✓ **Prévention et promotion de la santé mentale**

- Programmes et outils de prévention mis en œuvre sur le territoire de projet, dont programmes de formation à la prévention du suicide Programmes de développement des compétences psychosociales développés
- Actions de lutte contre la stigmatisation mises en œuvre
- Acteurs de prévention présents

✓ **Prise en charge des addictions**

- Dispositifs de prise en charge sanitaire (ELSA, services d'addictologie, offre libéral et médico-sociale (CSAPA, CAARUD, CJC) des consommateurs de substances

Exemples d'indicateurs et données relatifs au recours à l'offre :

- Taux d'hospitalisation et de prise en charge ambulatoire pour troubles psychiques (tous troubles psychiatriques et selon les grandes catégories diagnostiques)
- Taux d'hospitalisation de mineurs en psychiatrie adulte
- Taux de réhospitalisation
- Taux d'hospitalisation au long cours
- Nombre de mesures de soins sans consentement et de personnes concernées
- Délai moyen de traitement d'un dossier MDPH
- Taux de personnes hospitalisées en attente d'un logement
- Nombre de personnes disposant d'une orientation MDPH en attente de solution
- Durée moyenne d'accompagnement par type d'ESMS
- Taux de rotation par type d'ESMS

Sources : recensement de la population de l'INSEE, Scan santé de l'ATIH, Atlas de la santé mentale en France (Irdes-DREES), enquêtes de la DREES : enquête ES-PH (établissements sociaux accompagnant des personnes, enfants et adultes, en situation de handicap), enquête ES-Difficulté sociale, Statistique annuelle des établissements de santé, bases de données de la CAF et de la MSA sur les bénéficiaires de l'AAH à domicile, diagnostics territoriaux des PRS, diagnostics territoriaux partagés à 360° du sans-abrisme au mal-logement, données et études des ORS et des CREA, données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), outil en ligne Sig-ville (CGET-Observatoire national de la politique de la ville), bilans des centres de ressources politique de la ville, données DIM des établissements de santé, données des MDPH, SAE.

ANNEXE N° 2 : Structures invitées et/ou participantes aux travaux du PTSM 06

- ARS DD06 - SERVICE OFFRE DE SOINS HOSPITALIERE ET ORGAN DU 1ER RECOURS
- ASSOCIATION - APAJH 06
- ASSOCIATION ABA
- ASSOCIATION ALC - Direction Générale
- ASSOCIATION ALC - POLE ACCUEIL MEDIATION ET INTEGRATION
- ASSOCIATION ALC - POLE ENFANCE ADO
- ASSOCIATION ALFAMIF
- ASSOCIATION APAJH 06
- ASSOCIATION APREH
- ASSOCIATION BURN OUT
- ASSOCIATION DES FAMILLES DES TRAUMATISES CRANIENS 06
- ASSOCIATION DES FAMILLES DES TRAUMATISES CRANIENS 06
- ASSOCIATION ISATIS - POLE LOGEMENT
- ASSOCIATION ISATIS DIRECTION TERRITORIALE 06
- ASSOCIATION MONTJOYE
- ASSOCIATION PHARE DES 2 POLES
- ASSOCIATION UNAFAM
- BUREAU AIDE PSYCHOLOGIQUE UNIVERSITAIRE
- CABINET MEDICAL DE MONTAGNE AURON
- CABINET MEDICAL DE MONTAGNE ISOLA
- CABINET MEDICAL DE MONTAGNE VALBERG
- CARUUD IMPACTES
- CCAS Nice
- CCAS Roquebrune
- CENTRE DE SOUTIEN SANTE SOCIALE - C3S
- CENTRE D'INFORMATION DES DROITS DES FEMMES ET DES FAI
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE
- CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE POLE DE REHABILIGTATI PSYCHOSOCIALE
- CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIE
- CH ANTIBES - SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE
- CH ANTIBES - SERVICE PSYCHIATRIE ADULTE
- CH DE CANNES -SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE
- CH DE CANNES -SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTES
- CH DE GRASSE - SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE
- CH DE GRASSE - UNITE DE SOINS MILIEU PENITENTIAIRE
- CHSM SIPAD
- CHU DE NICE - CENTRE ACCUEIL PSYCHIATRIQUE (CAP)
- CHU de NICE - DIM PSYCHIATRIE
- CHU DE NICE - SERVICE DE GERIATRIE
- CHU DE NICE - SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE
- CHU LENVAL
- CHU LENVAL Service de Pédopsychiatrie
- CHU NICE - SAMU 06
- CINIQUE VAL D'ESTREILLE
- CLINIQUE LA COSTIERE
- CLINIQUE SAINT FRANCOIS
- CLINIQUE SAINT LUC
- CLINIQUE ST LUC
- CLSM VILLE DE MENTON
- CLSM VILLE D'ANTIBES
- CLSM VILLE DE CAGNES SUR MER
- CLSM VILLE DE CANNES
- CLSM VILLE DE CARROS
- CLSM VILLE DE GRASSE
- CLSM VILLE DE NICE NICE
- CLSM VILLE DE ROQUEBRUNE
- CLSM VILLE DE VALBONNE
- CLSM VILLE DE VENCE
- CLSM/ASV - VILLE DE CANNES
- CMP CAGNES SUR MER - HOPITAL STE MARIE
- CMP MENTON - HOPITAL STE MARIE
- COMITE DEPARTEMENT DU SPORT ADAPTE
- CONSEIL DEPARTEMENTAL - DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE POUR LE DÉVELOPPEMENT DES SOLIDARITÉS HUMAINES
- CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
- CONSEIL DEPARTEMENTAL -DIRECTION DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP
- CONSEIL DEPARTEMENTAL SERVICE DE PMI
- COTE D'AZUR HABITAL
- CPAM 06 - COORDINATION DES SERVICES EN SANTE
- CPTS NICE OUEST VALLEE
- CROIX ROUGE FRANCAISE
- CSAPA - CAARUD - GROUPE SOS
- CSAPA ANTIBES
- CSAPA CANNES
- CSAPA CHU NICE/MENTON
- CSAPA EMERGENCE NICE
- CSAPA LA CARAVELLE Grasse
- CSAPA Odyssée NICE/MENTON/ANTIBES
- CSAPA OLIVETTO NICE
- CSAPA SPMR - MAISON D'ARRET
- DASEN - EDUCATION NATIONALE
- DIRECCTE-UD06
- DIRECTION CLINIQUE SAINT FRANCOIS
- DIRECTION DE LA CPAM 06
- DIRECTION DEPARTEMENTAEL DE LA COHESION SOCIALE
- EDUCATION NATIONALE - SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTE EN FAVEUR DES ELEVES
- EMPP - CHU DE NICE
- ESP VALDEROURE
- FNAPSY
- GEM Cannes
- GEM DIRHE
- GEM GRASSE
- GEM J'AIME NICE
- GEM MENTON
- GEM VALLAURIS
- GROUPE SOS
- HOPITAL STE MARIE
- HOPITAL STE MARIE - DIM PSYCHIATRIE
- IME PIERRE MERLI - ADAPEI AM
- INSPECTEUR DE L'EDUCATION NATIONALE - REFERENT HANDICAP

- Le 115 - 06
- MAIA Menton Riviera
- MAISON DE L'ADOLESCENT - CHU LENVAL
- MEDECIN GERIATRE LIBERAL
- MEDECINE DU TRAVAIL LA POSTE NICE
- MEDECINS GENERALISTES LIBERAL
- MSA PROVENCE AZUR
- MSP APSPG GRASSE
- MSP GATTIERES
- MSP LA ROYA
- MSP LA TRINITE
- MSP LES COLLINES
- MSP NICE AZUR (las planas)
- MSP NICE CENTRE EST
- MSP NICE DELVALLE
- MSP ROQUEBILLIERE
- MSP ROQUESTERON
- MSP SAINT ETIENNE DE TINEE
- MSP SAINT VALLIER DE THIEY
- MSP SOSPEL
- MSP VALDEBLORE
- MUTUALITE Français SUD
- PASS CHU de NICE
- POLE SANTE DES MOULINS
- POLICE NATIONALE DEPARTEMENTAL
- PSYCHIATRE LIBERAL
- PSYCHOLOGUE LIBERAL
- RESEAU ADDICTION
- RESPADD
- SAMU SOCIAL CROIX ROUGE NICE
- SAMU SOCIALE MUTUALITE FRANCAISE
- SANTE AU TRAVAIL LA POSTE NICE
- SDIS06
- SERVICE DÉPARTEMENTAL DU RENSEIGNEMENT TERRITORIAL - SDRT
- SERVICE SANTE UNIVERSITAIRE
- SIAO
- SMPR MAISON ARRET NICE
- SOS HABITAT ET SOINS - FONDATION DE NICE
- SOS SUICIDE PHOENIX
- SPIP - NICE
- SPIP DE GRASSE
- SPIP Nice
- TGI GRASSE
- TGI Grasse & Nice - PREVENTION DE LA RADICALISATION VIOLENTE
- UNAFAM
- UNION POUR L'ENTREPRISE POUR LES ALPES MARITIMES
- UNION REGIONAL DES PROFESSIONNELS DE SANTE - MG
- URGENCES PASS FONDATION LENVAL
- VICE PRESIDENT DE L'UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
- VILLE DE CANNES - Elu à la Santé -
- VILLE DE CANNES - SERVICE HYGIENE SANTE CANNES
- VILLE DE NICE - DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE ET QUALITE DE VIE

ANNEXE N° 3 : Programme de la réunion du 6 juin 2019, lancement officiel du PTSM06

Alpes-
Maritimes

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

RÉUNION DE LANCEMENT | JEUDI 6 JUIN 2019 | VALBONNE

DE QUOI S'AGIT-IL ?

La Loi de modernisation de notre système de santé du 26/01/2016 définit des objectifs en santé mentale

Le PTSM est inscrit dans le Code de la santé publique : L.3221-2 & R.3224-1 à 10

Date cible : 1er juillet 2020

QUI EST CONCERNÉ ?

Élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, il associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie, les services et établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

OÙ ÇA SE PASSE ?

Valbonne village

Salle Pré des Arts

Stationnement gratuit : parking La Vignasse

Si vous souhaitez déjeuner à Valbonne : plusieurs restaurants Place des Arcades

PROGRAMME

- 13h30 **Accueil et enregistrement**
- 14h00 **Adresses de bienvenue**
Christophe Étoré, Maire de Valbonne
Michèle Guez, Délégation départementale ARS
Sébastien Rubinstein : Les attentes des usagers
- 14h15 **Présentation de la démarche du PTSM**
Thibaut Huret, ARS
- 14h30 **Les 6 priorités et les enjeux d'implantations**
Dr Vincent Girard, ARS, Référent régional santé mentale
- 15h00 **PAUSE**
- 15h15 **Méthode d'élaboration du PTSM : animation participative**
- 15h20 • Groupes de travail
L'assemblée sera invitée à se séparer en 6 groupes pour une première prise de contact
- 16h00 • Retour des 6 groupes en plénière
- 16h20 **Conclusions**
Retro planning pour les 12 mois à venir
Prochaines réunions par groupe/qui anime)
- 17h00 **Fin de la réunion**

ANNEXE N° 4 : Calendrier des groupes de travail

33 groupes de travail thématiques ont été organisés entre Septembre 2019 et Novembre 2020

Groupe 1 « Interventions précoces et bonnes pratiques »



Jeudi 19 Septembre 2019	Jeudi 7 Novembre 2019	Mardi 4 Février 2020
Lundi 21 Septembre 2020	Mardi 3 Novembre 2020	

Groupe 2 « Parcours rétablissement et inclusion »



Vendredi 20 Septembre 2020	Vendredi 8 Novembre 2019	Vendredi 7 Février 2020
Vendredi 25 Septembre 2020	Lundi 12 Octobre 2020	

Groupe 3 « Soins somatiques »



Lundi 23 septembre 2019	Mercredi 13 Novembre	Mardi 11 Février 2020
Jeudi 24 Septembre 2020	Mardi 27 octobre 2020	

Groupe 4 « Gestion de la crise et de l'urgence »



Mardi 24 Septembre 2019	Jeudi 7 Novembre 2020	Jeudi 13 Février 2020
Mardi 22 Septembre 2020	Vendredi 9 octobre 2020	

Groupe 5 « droits des usagers et stigmatisation »



Lundi 30 Septembre 2019	Mardi 5 Novembre 2020	Jeudi 6 Février 2020
Lundi 28 Septembre 2020		

Groupe 6 « Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux »



Mardi 1 ^{er} Octobre 2019	Mardi 12 Novembre 2020	Jeudi 13 Février 2020
Mardi 29 Septembre 2020	Mardi 10 Novembre 2020	

Groupe 7 « Usagers des services de santé mentale »



Lundi 9 Septembre 2019	Mardi 15 Octobre 2020	Mardi 12 Novembre 2019
Vendredi 7 février 2020	Jeudi 19 Mars 2020	Lundi 26 Octobre 2020

ANNEXE N° 5 : Programme de la réunion plénière du 20 Janvier 2020

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE 06

Réunion Plénière

Mardi 21 Janvier 2020 – Nice

CADAM Salle Estérel - Bd du Mercantour à Nice

PROGRAMME

9h00	<i>Accueil</i>
9h30	Ouverture de la journée Michèle Guez, Délégation départementale ARS
9h45	Présentation des éléments de diagnostic, échanges avec la salle Murielle Bauchet, Département de Santé Publique du CHU de Nice Emilie Marcel, Chantal Patuano, Codes06
11h00 – 12h30 - Présentation de programmes, d'initiatives inspirantes pour l'élaboration du PTSM 06	
11h00 - Interventions précoces	
<ul style="list-style-type: none"> « Formation PSSM » (Premiers Secours en Santé Mentale) – Brigitte Losfeld, Unafam « Formation au repérage de la crise suicidaire » - Stéphanie Martignoni, CAP du CHU de Nice « Dépistage et accueil des enfants porteurs de TDAH à l'école Primaire » - Daniel Lallai, Inspecteur de l'Education Nationale, circonscription d'Antibes - Dominique Arcucci, CLSM Ville Antibes Echanges avec la Salle 	
11h45 - Prévention et Promotion de la Santé Mentale	
<ul style="list-style-type: none"> « PSFP 3-5 ans et 6-11 ans » : Programme de Renforcement des compétences parentales, développement des Compétences psycho-sociales des Enfants - Dr Corinne Roehrig, CODES 06 « Le Programme Good Behavior Games (GBG) » : Programme de développement des compétences psycho-sociales destiné aux enfants de l'école élémentaire - Catherine Reynaud-Maurupt, GRVS « Formation à la gestion du stress professionnel » - Céline Nifle, CCAS de Roquebrune Cap Martin Echanges avec la Salle 	
13h15 - Pause Déjeuner	
14 h30 – 17h00 - Présentation de programmes, d'initiatives inspirantes pour l'élaboration du PTSM 06	
14h30 - « Rétablissement et inclusion sociale »	
<ul style="list-style-type: none"> « Introduction inclusion sociale et « Soutien à l'emploi en milieu ordinaire » - Dr Jean Yves Giordana « Centre Ressources sur la réhabilitation » - Centre ressources en réhabilitation sociale APHM « Sport sur ordonnance de quoi parle-t-on ? » - Dr Ferre Noémie, Azur Sport Santé et Jean Luc Cedro, IDE CHU de Nice « Un chez soi d'abord » - Delphine Crepin, Isatis Santé Mentale : Quel accueil ? - Pascaline Durand, CLSM Ville de Nice « Vers une société Inclusive : Expérience d'inclusion Sociale de Personnes atteintes de troubles cognitifs au sein d'un quartier niçois » – Pr Christian Pradier – Espace Partagé de Santé Publique CHU de Nice Echanges avec la Salle 	
15h45 - « L'aller vers » : Décloisonnement des soins »	
<ul style="list-style-type: none"> « Partenariat MSP de Valdeblore » - Dr Jean Yves Giordana « Les expériences du secteur psychiatrique du CH de Grasse » - Dr Emmanuelle Chenu, CH de Grasse Echanges avec la Salle 	
16h30 - Les nouveaux métiers de quoi parle-t-on ?	
<ul style="list-style-type: none"> « Case manager », « Médiateurs pairs », « Infirmier de Pratique Avancée » - Dr Bruno Giordana, CHU de Nice, Attente de confirmation de l'intervenant sur les IPA Echanges avec la Salle 	

ANNEXE N° 6 : Les sources mobilisées et réserves relatives à la collecte des données

Sources de données mobilisées

Les données ont été obtenues au moyen de sources documentaires disponibles en ligne (rapports, synthèses, bases de données) ou de requêtes spécifiques adressées à des acteurs locaux.

Ainsi, ont été consultés les sites de l'INSEE, de la DREES, de Santé Publique France, de l'ARS PACA, du CREAI PACA Corse, de l'ORS PACA, d'ADELI, du CRES PACA, de la Direction de l'Administration Pénitentiaire et les documents ci-dessous :

- STATISS, 2018
- Rapport de l'Observatoire Nationale du Suicide
- CépiDC 2014-2016
- Données de l'HAS sur les prévalences des maladies
- Données de l'Institut Pasteur
- Enquête SMPG
- Portrait socio-sanitaire et environnemental des Alpes-Maritimes, ORS PACA, 2018
- Données locales, chiffres détaillés, INSEE, 19/09/2019
- Schéma départemental de l'autonomie, Réunion de lancement, Département des Alpes-Maritimes, octobre 2019
- Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie, ARS, 2018
- Guide répertoire de l'aide en santé mentale Ville de Nice, 2019 - Diagnostic local de santé mentale, Ville de Nice 2017
- CLSM (diagnostics, étude des besoins sociaux transmis)
- CREAI PACA-Corse, Amélioration de la connaissance des besoins et de l'offre médico-sociale dans les ESMS pour les adultes en situation de handicap dans les Alpes-Maritimes, 2019
- CREAI PACA-Corse Analyse de l'offre et des listes d'attente dans les ESMS pour enfants dans les Alpes-Maritimes
- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques Au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) au sens de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, ANESM.

Réserves relatives aux ressources

Les ressources mobilisables en matière de santé mentale comprennent les établissements, services, dispositifs impliquant des professionnels au titre :

- des soins et de la réhabilitation : les professionnels de santé hospitaliers et ambulatoires, la psychiatrie dont les services de réhabilitation psycho-sociale, les équipes mobiles,..., la médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres, infirmiers), les psychologues, les pharmaciens ;
- de l'accompagnement médico-social et social.

Il s'agit des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) proposant un accompagnement des personnes handicapées psychiques, divers modes d'accompagnement pouvant être proposés :

- Services à domicile (SAMSAH, SAVS, SSIAD, SAAD,...) ;
- Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou de formation professionnelle (CRP-CPO) ;
- Hébergements collectifs (Foyer d'hébergement, foyer de vie, FAM, MAS) ;
- Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (SMJPM) ;
- Accueils de jour ;
- ...

En dehors de ces établissements, l'accompagnement des personnes peut être réalisé par des professionnels de :

- L'emploi et de la formation : Cap Emploi, Pôle Emploi, entreprises adaptées, mission handicap des universités et des entreprises, mission handicap des entreprises, médecine du travail, ... ;
- L'hébergement et du logement : résidences-accueils, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Foyers de jeunes travailleurs (FJT), bailleurs sociaux ou privés, Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), foyer logement, ... ;

- La vie sociale et citoyenne : groupe d'entraide mutuelle (GEM), associations d'usagers, maisons de quartiers, centres socioculturels, associations culturelles et sportives, ... ;
- La famille : associations de familles, services de la protection de l'enfance, planning familial, ... ;
- L'aide à domicile (lorsqu'ils ne sont pas des ESSMS) :
- L'évaluation, de l'orientation et de l'accès aux droits : services sociaux municipaux (CCAS) ou départementaux (Unité territoriale d'action sociale (UTAS)...), Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), Maison de l'autonomie (MDA), Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), ...
- La coordination des acteurs : réseaux de santé, CLICs, Maia, PTA, CLSM, ...
- La prévention et promotion de la santé mentale.

De nombreuses données relatives à ces ressources sont accessibles. Toutefois, elles le sont le plus souvent de manière éparse, pas toujours actualisées ni territorialisées. Elles ne permettent pas toujours d'apporter un éclairage sur leurs capacités à répondre aux besoins des publics concernés. Il n'est par exemple pas possible d'identifier précisément les dispositifs accueillant les personnes présentant des troubles psychiques. Cet aspect témoigne globalement d'une difficulté de visibilité et de lisibilité de ces ressources.

ANNEXE N° 7 : Accompagnement régional du CRES PACA

1. L'animation régionale

Le CRES (Comité régional d'éducation pour la santé) Provence-Alpes-Côte d'Azur est un centre ressources en promotion de la santé et en santé publique. Il s'adresse aux professionnels des champs sanitaire, social, éducatif, médico-social. Parmi ses missions, il coordonne et anime de nombreux dispositifs d'envergure régionale, dont l'élaboration des PTSM de la région.

Cette mission est financée par l'Agence régionale de santé.

Cette animation régionale du processus d'écriture des PTSM est copilotée avec l'ARS siège. En ce sens, un *comité de réflexion* a été créé entre l'ARS et le CRES.

Durant la phase d'écriture des PTSM (de mars 2019 à décembre 2020), le CRES accompagne les animateurs départementaux autant sur la méthodologie qu'en termes d'apport de connaissances sur la thématique santé mentale.

2. L'accompagnement méthodologique

Le CRES propose aux animateurs départementaux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur une méthode de travail commune pour l'élaboration du PTSM dans chaque département. Cette méthode est transcrite sous la forme d'un guide, alimenté au fil des réunions régionales régulières qui réunissent les animateurs départementaux, les délégations territoriales des ARS, l'ARS siège et le CRES.

Les thématiques abordées dans ce guide sont les suivantes :

- Mobilisation partenariale
 - o Définition des missions de l'animateur et des liens avec la délégation départementale de l'ARS
 - o Élaboration et suivi de groupes de travail en lien avec les 6 priorités nationales
 - o Mise en place et animation d'un comité de pilotage
 - o Organisation de réunions institutionnelles
 - o Importance de donner la parole à tous les acteurs
- Grandes étapes de l'élaboration du PTSM
 - o Diagnostic partagé : échéances et élaboration
 - o Plan d'actions
 - o Identification des problématiques et priorisation
 - o Rédactions des fiches actions
 - o Tableau synthétique de lecture des actions
 - o Charte graphique
 - o Evaluations
 - o Pilotage et suivi
- Modalités de communication entre le niveau régional et national
- Livrables
 - o Définition des 3 livrables à proposer à l'ARS

Cet outil est validé par l'ARS à chaque étape et partagé avec les animateurs et délégations territoriales de l'ARS.

Huit réunions d'animation régionales sont organisées durant le processus d'écriture. Ces réunions ont pour objectifs :

- De partager une méthodologie commune
- D'intégrer les informations et directives nationales aux projets départementaux

- D'enrichir les réflexions des territoires en faire intervenir des acteurs ressource, comme l'ANAP, ou des acteurs experts, comme le centre ressource de réhabilitation psychosociale ou encore le centre régional des psycho-traumatismes.

Afin d'accompagner l'écriture des actions qui seront à déployer sur les 5 années à venir dans le cadre des PTSM, le CRES propose un modèle de fiche action.

En parallèle des réunions d'animation régionale, un groupe spécifique « Animation des PTSM » est créé dans l'Agora social club, réseau des professionnels de l'ARS. L'objectif est le partage de l'avancement des projets et des actualités en santé mentale.

3. L'apport de connaissances

Le CRES propose également 5 journées régionales thématiques, dont les thèmes sont en lien avec les problématiques identifiées sur le terrain et les actualités ministérielles. L'objectif de ces journées est de permettre un échange et un apport de connaissances, autour de dispositifs, d'actions et de bonnes pratiques repérés en région ou au niveau national. Le but est de d'inspirer les acteurs des territoires dans leur processus d'écriture.

Les intervenants mobilisés ont présenté des actions déployées en France ou ailleurs. Les thèmes et lieux de ces journées sont les suivants :

- Les droits et la participation des usagers en santé mentale, des liens nécessaires - Marseille
- L'après-contrat : les enjeux d'implantation des projets - Aix-en-Provence
- Les bonnes pratiques en santé mentale - Marseille
- Précarité et santé mentale, violences et traumatismes - Toulon
- Crise et soins sous contraintes - Avignon
- La santé mentale, de la petite enfance à l'enfance : prévention, repérage précoce et prise en charge - à distance

L'ensemble des contenus de ces journées est à disposition des professionnels.

Dans le cadre de sa mission documentaire, le CRES propose des sélections bibliographiques sur les thèmes abordés lors de ces journées ainsi que sur les 6 priorités des PTSM définies par l'instruction ministérielle. D'autres thématiques de sélections bibliographiques ont été mises à disposition des acteurs, sur demande.

En complément de cette offre, le CRES produit un site dont l'objectif est de référencer et de promouvoir les bonnes pratiques en santé mentale. Ce site se nourrit essentiellement des dispositifs et actions mis en œuvre régionalement, et en présente une synthèse, étayée de vidéos, ainsi qu'un niveau de preuve. Chaque bonne pratique doit mentionner une équipe référente ou ressource.

La finalisation, la mise en ligne et l'alimentation de ce site doivent maintenant être confiées à une structure associative nationale.

4. PARTIE Pilotage et suivi

a. Au niveau régional

Comme pour la phase d'écriture des PTSM, le CRES reste engagé sur l'animation régionale de la mise en œuvre des PTSM à compter de janvier 2021 et pour une durée de 6 mois. En complément de cette activité, le CRES a pour mission de mobiliser les acteurs de la santé mentale, les usagers et leurs proches au travers de différents formats d'intervention, présentés ci-dessous (groupes de travail régionaux et journée thématique régionale).

Cette animation régionale a pour but d'accompagner les départements sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des projets élaborés au sein de chaque PTSM.

b. L'animation de groupes de travail

L'animation des temps d'échanges à l'attention des référents départementaux se poursuit, sur des aspects méthodologiques. Les rencontres porteront sur l'identification et le contact des porteurs de projets, leur contractualisation avec l'ARS, les recherches de partenariat (notamment financiers), la démarche de suivi des projets, l'accompagnement à la mise en place des instances techniques et de pilotage, l'animation de temps départementaux, l'évaluation, etc.

Au niveau régional, plusieurs groupes de travail thématiques sont également créés. Leur objectif est d'engager une dynamique de travail régionale sur certaines thématiques identifiées comme prioritaires, afin de construire des projets répondant à un besoin régional ou de renforcer et de mutualiser les pratiques des projets déjà existants.

Les thématiques seront évolutives en fonction de l'avancée des groupes de travail et des instructions nationales relatives à la santé mentale et à la psychiatrie.

En septembre 2020, 7 groupes sont identifiés :

- Formations, en lien avec les organismes de formation de la région et les universités
- Réhabilitation psychosociale et rétablissement, en lien avec le centre référent régional
- Psychotraumatismes, en lien avec le centre régional des psychotraumas
- Développement des compétences psychosociales, violences scolaires
- Droits des personnes, lutte contre les discriminations
- Appui aux bonnes pratiques
- Addictions et santé mentale

Enfin, l'animation d'un espace numérique partagé prévoit de faire le lien entre les animateurs, les acteurs, les usagers et leurs proches.

c. Des actions de communication, d'information et de sensibilisation

Comme lors du processus d'élaboration des projets, l'animation de la communauté de pratiques sur l'Agora social club se poursuit, afin de favoriser les échanges et la veille thématique.

Une charte graphique commune permet de visibiliser les écrits, actions et communication en lien avec les PTSM de la région.

La communication est organisée aux différents niveaux, départementaux et régional, grâce à des lettres d'informations régulières.

De plus, une journée régionale thématique est proposée, dont la thématique est choisie en lien avec les départements.

Enfin, des veilles documentaires sont réalisées par les documentalistes du CRES sur les différentes thématiques concernées par les projets et les animations régionales, ainsi qu'à la demande, pour les acteurs qui le souhaitent.

d. Des actions d'évaluation

Le CRES conduit une évaluation des activités et du processus réalisés pour l'animation régionale de l'écriture des PTSM. Il s'agit de décrire la méthode, les ressources et moyens utilisés pour mettre en œuvre une animation régionale destinée à soutenir l'élaboration des projets, ainsi que d'analyser les apports, en termes de bénéfices, de cette coordination régionale.

Le CRES prévoit également la mise en travail d'une évaluation plus globale portant sur la pertinence et la cohérence des PTSM durant leur 5 années de fonctionnement. Un groupe de travail régional, dédié à cette évaluation, doit être mis en place.

