



**PRÉFET
DE LA RÉGION
PAYS DE LA LOIRE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

n° 105 du 13 octobre 2022

- Hebdo -

**Le contenu intégral des textes et/ou les documents et plans annexés peuvent être consultés
auprès du service sous le timbre duquel la publication est réalisée**

SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR LES AFFAIRES RÉGIONALES

SOMMAIRE

n° 105 du 13 octobre 2022

HEBDO

ARS

Arrêté n° ARS-PDL/DOSA/PPH/2022/25/53 du 31 août 2022 portant transformation du SESSAD APIC'S 53 (Finess 53 000 804 4) en un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) permettant d'accompagner des jeunes âgés de 16 à 25 ans maintenus en établissements pour enfants et géré par l'association ADAPEI 53 (Finess ET 53 003 143 4).

Décision ARS-PDL/DOSA/AES/291/2022/49 du 30 septembre 2022 accordant la confirmation de l'autorisation d'exploitation d'un scanner installé sur le site de la Polyclinique du Parc et détenue par la SARL SCANNER DU PARC, au profit de la SELARL IMAGERIE MEDICALE DE L'AGGLOMERATION CHOLETAISE.

Décision ARS-PDL/DOSA/AES/292/2022/49 du 30 septembre 2022 accordant la confirmation de l'autorisation d'exploitation d'un scanner installé sur le site de la Polyclinique du Parc et détenue par la SARL SCANNER DU PARC, au profit de la SELARL IMAGERIE MEDICALE DE L'AGGLOMERATION CHOLETAISE.

Décision ARS-PDL/AES/293/2022/72 du 30 septembre 2022 accordant l'autorisation au Centre hospitalier du Mans, de créer une activité de médecine en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel, sur le site du Centre de Cancérologie de la Sarthe.

Décision ARS-PDL/DOSA/AES/294/2022/72 du 30 septembre 2022 accordant l'autorisation au Centre hospitalier du Mans, de transférer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie vers le site du Centre de Cancérologie de la Sarthe.

Arrêté n°ARS-PDL-DT53- PARCOURS/2022/25 du 5 octobre 2022 portant désignation de Mr MOULARD directeur par intérim du CH ERNEE en Mayenne à compter du 25/06/22.

Arrêté ARS/PDL/DT49/DIR-2022/62 du 07 octobre 2022 relatif à la composition du conseil territorial de santé de Maine-et-Loire. Arrêté ARS-PDL-DG/2022-017 du 11 octobre 2022, relatif à l'expérimentation « Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE) ».

Arrêté ARS-PDL-DG/2022-017 du 11 octobre 2022, relatif à l'expérimentation « Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE) ».

RECTORAT

Arrêté SG n°2022/057 du 27 septembre 2022 portant modification de l'arrêté rectoral n°2022/047 du 1er septembre 2022 portant délégation de signature au secrétaire général et à certains agents du Rectorat de Nantes dans le domaine financier.

Agence Régionale de Santé
des Pays de la Loire

Arrêté n° ARS-PDL/DOSA/PPH/2022/25/53

Portant transformation du SESSAD APIC'S 53 (Finess 53 000 804 4) en un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) permettant d'accompagner des jeunes âgés de 16 à 25 ans maintenus en établissements pour enfants et géré par l'association ADAPEI 53 (Finess ET 53 003 143 4)

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret du 22 septembre 2017 nommant Monsieur Jean-Jacques COIPILET, directeur général de l'ARS des Pays de la Loire à compter du 1^{er} octobre 2017 ;

Vu l'arrêté n°ARS-PDL-DG-2022- 006 en date du 9 juin 2022 portant délégation de signature à M. Florent POUGET, directeur de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie ;

Vu le Projet Régional de Santé 2018-2022 adopté par arrêté en date du 18 mai 2018 ;

Vu l'arrêté n°ARS-PDL/DAS/MS-PH/n°69/2014/44/49/53/72/85 portant pérennisation du dispositif expérimental régional APIC'S d'accompagnement adapté aux jeunes âgés de 18 à 25 ans maintenus en établissements pour enfants et géré par les 5 associations départementales ADAPEI de la région Pays de la Loire réunies ;

Vu le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, le Conseil départemental de la Mayenne et l'ADAPEI 53 ;

CONSIDERANT que cette opération s'effectue par redéploiement de moyens et qu'elle n'entraîne aucun surcôt pour l'Assurance Maladie ;

SUR proposition du Directeur de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire ;

ARRETE

ARTICLE 1 : A compter du 1^{er} septembre 2022, l'association ADAPEI 53 est autorisée à gérer un Service d'Education Spéciale et de Soins à domicile (SESSAD) pour accompagner à minima 15 jeunes âgés de 16 à 25 ans, présentant une déficience intellectuelle, dans un objectif d'insertion par le travail, de développement de l'autonomie et de soutien à la scolarité et aux apprentissages par transformation du SESSAD APIC'S ;

ARTICLE 2 : Les caractéristiques des services et établissements sont répertoriées dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (F.I.N.E.S.S) de la façon suivante :

N° d'identification FINESS de l'entité juridique	53 003 143 4
N° d'identification FINESS du service	SESSAD de Laval 53 000 804 4
code catégorie	182 SESSAD
code discipline d'équipement	844 Tous projets éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques
code mode de fonctionnement	16 Prestations en milieu ordinaire
code catégorie de clientèle	117 Déficience intellectuelle
capacité	15

ARTICLE 3 : Toute modification essentielle dans l'activité, l'organisation, la direction ou le fonctionnement du service devra être portée à la connaissance de l'autorité administrative conformément aux dispositions de l'article L.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

ARTICLE 4 : Dans un délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté, cette décision peut faire l'objet :

- d'un recours gracieux auprès de mes services,
- d'un recours hiérarchique auprès des Ministres concernés,
- d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif de Nantes (6 allée de l'île Gloriette – CS 24111 - 44041 NANTES CEDEX).

Ces recours ne suspendent pas l'application de la présente décision.

ARTICLE 5 : Le Directeur Général adjoint de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire et la Présidente de l'association sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture des Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le

31 AOUT 2022

Pour le Directeur Général de l'Agence
Régionale de Santé des Pays de la Loire,

Fabienne DEFFRENNES
Adjointe au Responsable du département
« Parcours des Personnes en situation de Handicap »
Direction de l'Offre de Santé et en faveur
de l'Autonomie

N° ARS-PDL/DOSA/AES/291/2022/49

DECISION

**accordant la confirmation de l'autorisation d'exploitation d'un scanner installé sur le site de la
Polyclinique du Parc et détenue par la SARL SCANNER DU PARC,
au profit de la SELARL IMAGERIE MEDICALE DE L'AGGLOMERATION CHOLETAISE**

**Le Directeur général de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire
Chevalier de la Légion d'Honneur**

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L.6122-1 à L.6122-20, R.6122-23 à R.6122-44 et D.6122-38 ;

VU le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS/PDL/DG/2018/0040 en date du 18 mai 2018 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire 2018-2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DG/2021-014 en date du 27 mai 2021 portant révision partielle du schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé des Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/981/2021/44 du 16 décembre 2021 fixant le calendrier de dépôt des demandes d'autorisation relatives aux activités de soins et équipements matériels lourds pour l'année 2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/93/2022/44 du 15 avril 2022 du Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les équipements matériels lourds ;

Vu la décision ARS-PDL/DAS/ASR/942/2017/49 en date 19 décembre 2017 accordant à la SARL SCANNER DU PARC, l'autorisation de remplacer le scanner à usage médical par un nouvel appareil de classe 3 dans le service d'imagerie médicale de la Polyclinique du Parc, avenue des Sables à CHOLET ;

VU la demande formulée par les représentants de la SELARL IMAGERIE DU PARC, portant sur la fusion-absorption de la SARL SCANNER DU PARC et la confirmation de l'autorisation du premier scanner de marque SIEMENS et de type SOMATON DEFINITION, installé dans le service d'imagerie médicale de la Polyclinique du Parc, avenue des Sables à CHOLET (49300) ;

VU l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins du 13 septembre 2022 ;

CONSIDERANT que l'opération de fusion-absorption de la SARL SCANNER DU PARC, par la SELARL IMAGERIE DU PARC a pour but la simplification du fonctionnement et la gestion des différentes entités regroupées au sein du groupe « Centre d'Imagerie Médicale de l'Agglomération Choletaise » situé au sein de la Polyclinique du Parc à CHOLET ;

CONSIDERANT que la fusion-absorption s'est opérée le 30 juillet 2022 ;

CONSIDERANT que la demande de confirmation d'autorisation du premier scanner de marque SIEMENS et de type SOMATON DEFINITION, intervient à la suite de la fusion-absorption de la SARL SCANNER DU PARC, auparavant détentrice de l'autorisation, composée de praticiens radiologues et créée en 2004 ;

CONSIDERANT que le changement d'entité juridique n'a pas de conséquences sur l'organisation et le fonctionnement du scanner ;

CONSIDERANT que cette opération de confirmation ne modifie pas le bilan des objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les équipements matériels lourds – scanner, en Pays de la Loire, arrêté au 15 avril 2022 sur le territoire du Maine et Loire ;

CONSIDERANT que l'installation de l'équipement répond aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ;

Décide

Article 1 :

La confirmation de l'autorisation est accordée à la SELARL IMAGERIE MEDICALE DU PARC, en vue d'exploiter le scanner de marque SIEMENS et de type SOMATON DEFINITION, détenu actuellement par la SARL SCANNER DU PARC.

Cet appareil est installé dans le service d'imagerie médicale de la Polyclinique du Parc, 2 avenue des Sables à CHOLET (49300).

EJ FINESS : à créer
ET FINESS : 49 002 197 9

Article 2 : La mise en œuvre de l'autorisation mentionnée à l'article 1 devra être déclarée sans délai au Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, conformément aux articles R.6122-37 et D.6122-38 du Code de la santé publique.

Article 3 : La durée de validité de la présente autorisation est de 7 ans à compter de la date de réception de la déclaration de mise en service de l'appareil prévue à l'article R.6122-37 du Code de la santé publique.

Article 4 : La présente autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux en application de l'article L.162-21 du Code de la sécurité sociale.

Article 5 : Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

Un recours contentieux peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du tribunal administratif de Nantes qui peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application Télérecours Citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

A l'égard des tiers, ces délais courent à compter de la date de publication de la décision au recueil des actes administratifs.

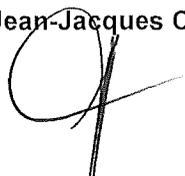
Article 6 : Le directeur de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes

Le 30 SEP. 2022

Le Directeur général,

Jean-Jacques COIPLLET



N° ARS-PDL/DOSA/AES/292/2022/49

DECISION

**accordant la confirmation de l'autorisation d'exploitation d'un scanner installé sur le site de la
Polyclinique du Parc et détenue par la SARL SCANNER DU PARC,
au profit de la SELARL IMAGERIE MEDICALE DE L'AGGLOMERATION CHOLETAISE**

**Le Directeur général de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire
Chevalier de la Légion d'Honneur**

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L.6122-1 à L.6122-20, R.6122-23 à R.6122-44 et D.6122-38 ;

VU le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPILET, en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS/PDL/DG/2018/0040 en date du 18 mai 2018 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire 2018-2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DG/2021-014 en date du 27 mai 2021 portant révision partielle du schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé des Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/981/2021/44 du 16 décembre 2021 fixant le calendrier de dépôt des demandes d'autorisation relatives aux activités de soins et équipements matériels lourds pour l'année 2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/93/2022/44 du 15 avril 2022 du Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les équipements matériels lourds ;

Vu la décision ARS-PDL/DOSA/999/2021/49 en date 21 décembre 2021 accordant à la SARL SCANNER DU PARC, l'autorisation d'exploiter un deuxième scanner dans le service d'imagerie médicale de la Polyclinique du Parc, avenue des Sables à CHOLET ;

VU la demande formulée par les représentants de la SELARL IMAGERIE DU PARC, portant sur la fusion-absorption de la SARL SCANNER DU PARC et la confirmation de l'autorisation du deuxième scanner autorisé mais non mis en œuvre, installé dans le service d'imagerie médicale de la Polyclinique du Parc, avenue des Sables à CHOLET (49300) ;

VU l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins du 13 septembre 2022 ;

CONSIDERANT que l'opération de fusion-absorption de la SARL SCANNER DU PARC, par la SELARL IMAGERIE DU PARC a pour but la simplification du fonctionnement et la gestion des différentes entités regroupées au sein du groupe « Centre d'Imagerie Médicale de l'Agglomération Choletaise » situé au sein de la Polyclinique du Parc à CHOLET ;

CONSIDERANT que la fusion-absorption s'est opérée le 30 juillet 2022 ;

CONSIDERANT que la demande de confirmation d'autorisation du deuxième scanner intervient à la suite de la fusion-absorption de la SARL SCANNER DU PARC, auparavant détentrice de l'autorisation, composée de

praticiens radiologues et créée en 2004 ;

CONSIDERANT que le changement d'entité juridique n'a pas de conséquences sur le fonctionnement et les installations du plateau d'imagerie au sein de la Polyclinique du Parc ;

CONSIDERANT que cette opération de confirmation ne modifie pas le bilan des objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les équipements matériels lourds – scanner, en Pays de la Loire, arrêté au 15 avril 2022 sur le territoire du Maine et Loire ;

CONSIDERANT que l'installation de l'équipement répond aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ;

Décide

Article 1 :

La confirmation de l'autorisation est accordée à la SELARL IMAGERIE MEDICALE DU PARC, en vue d'exploiter l'autorisation d'un scanner, détenue actuellement par la SARL SCANNER DU PARC.

Cet appareil est à installer dans le service d'imagerie médicale de la Polyclinique du Parc, 2 avenue des Sables à CHOLET (49300).

EJ FINESS : à créer
ET FINESS : 49 002 197 9

Article 2 : La mise en œuvre de l'autorisation mentionnée à l'article 1 devra être déclarée sans délai au Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, conformément aux articles R.6122-37 et D.6122-38 du Code de la santé publique.

Article 3 : La durée de validité de la présente autorisation est de 7 ans à compter de la date de réception de la déclaration de mise en service de l'appareil prévue à l'article R.6122-37 du Code de la santé publique.

Article 4 : La présente autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux en application de l'article L.162-21 du Code de la sécurité sociale.

Article 5 : Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

Un recours contentieux peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du tribunal administratif de Nantes qui peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application Télérecours Citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

A l'égard des tiers, ces délais courent à compter de la date de publication de la décision au recueil des actes administratifs.

Article 6 : Le directeur de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes

Le

30 SEP. 2022

Le Directeur général,

Jean-Jacques COIPLLET

N° ARS-PDL/DOSA/AES/293/2022/72

DECISION

**accordant l'autorisation au Centre hospitalier du Mans,
de créer une activité de médecine en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel, sur le
site du Centre de Cancérologie de la Sarthe**

**Le Directeur général de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire
Chevalier de la Légion d'Honneur**

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L.6122-1 à L.6122-20, R.6122-23 à R.6122-44 et D.6122-38 ;

VU le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS/PDL/DG/2018/0040 en date du 18 mai 2018 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire 2018-2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DG/2021-014 en date du 27 mai 2021 portant révision partielle du schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé des Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/981/2021/44 du 16 décembre 2021 fixant le calendrier de dépôt des demandes d'autorisation relatives aux activités de soins et équipements matériels lourds pour l'année 2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/94/2022/44 du 15 avril 2022 du Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins ;

VU la demande formulée par le Centre hospitalier du Mans, en vue de créer une activité de médecine sur le site de Centre de cancérologie de la Sarthe – rue de Degré au Mans (72000), en date du 30 mai 2022 ;

VU l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins du 13 septembre 2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/94/2022/44 du 15 avril 2022 du Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins ;

CONSIDÉRANT le bilan quantifié de l'offre de soins ne prévoyait pas d'implantation supplémentaire de médecine dans la Sarthe mais le Centre Hospitalier du Mans a sollicité l'autorisation d'une nouvelle implantation en médecine en Sarthe par courrier de demande exceptionnelle adressé à l'ARS PDL le 1^{er} avril 2022 ;

CONSIDÉRANT qu'une reconnaissance de besoins exceptionnels en médecine sur le territoire de la Sarthe a été approuvée par la commission spécialisée de l'organisation des soins du 23 mai 2022 ;

CONSIDÉRANT que cette demande s'inscrit dans le regroupement d'activités de prise en charge médicale du cancer du Centre hospitalier du Mans et de la Clinique Victor Hugo au sein du nouveau Centre de Cancérologie de la Sarthe ;

CONSIDÉRANT que le Centre hospitalier du Mans est déjà titulaire d'une autorisation d'activité de médecine en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel ;

CONSIDERANT qu'une partie de l'activité de médecine du Centre hospitalier du Mans vers le Centre de Cancérologie de la Sarthe nécessite une nouvelle autorisation, qui correspond à une nouvelle implantation de médecine ;

CONSIDERANT que cette création d'activité de médecine sur le site du centre de cancérologie de la Sarthe permettra une réduction des délais d'attente, donc une diminution de perte de chances pour les patients et augmentera les capacités de traitement au bénéfice des habitants de l'agglomération mancelle et au-delà d'autres territoires du département ;

CONSIDERANT qu'elle répondra totalement aux besoins du territoire en médecine à orientation cancérologique et ne modifiera pas les équilibres existants, tout en s'inscrivant dans une démarche de mutualisation de professionnels de santé, de plateaux, dans le cadre d'un travail en filière et de partenariats renforcés ;

CONSIDERANT que l'activité répond aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ;

CONSIDERANT que ce projet répond aux besoins de santé de la population et est compatible avec les objectifs du schéma régional de santé du projet régional de santé ;

Décide

Article 1 : L'autorisation est accordée au Centre hospitalier du Mans en vue de créer une activité de médecine en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel, sur le site du Centre de cancérologie de la Sarthe – rue de Degré au MANS (72000).

EJ FINESS : 72 000 002 5
ET FINESS : à créer

Article 2 : La mise en œuvre de l'autorisation mentionnée à l'article 1 devra être déclarée sans délai au Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, conformément aux articles R.6122-37 et D.6122-38 du Code de la santé publique.

Article 3 : La durée de validité de la présente autorisation est de 7 ans à compter de la date de réception de la déclaration de début de l'activité autorisée prévue à l'article R.6122-37 du Code de la santé publique.

Article 4 : La présente autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux en application de l'article L.162-21 du Code de la sécurité sociale.

Article 5 : Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

Un recours contentieux peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du tribunal administratif de Nantes qui peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application Télérecours Citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

A l'égard des tiers, ces délais courent à compter de la date de publication de la décision au recueil des actes administratifs.

Article 6 : Le directeur de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes

Le

30 SEP. 2022

Le Directeur général,

Jean-Jacques COIPLLET

N° ARS-PDL/DOSA/AES/294/2022/72

DECISION

**accordant l'autorisation au Centre hospitalier du Mans,
de transférer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie
vers le site du Centre de Cancérologie de la Sarthe**

**Le Directeur général de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire
Chevalier de la Légion d'Honneur**

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L.6122-1 à L.6122-20, R.6122-23 à R.6122-44 et D.6122-38 ;

VU le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS/PDL/DG/2018/0040 en date du 18 mai 2018 portant adoption du projet régional de santé des Pays de la Loire 2018-2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DG/2021-014 en date du 27 mai 2021 portant révision partielle du schéma régional de santé 2018-2022 du projet régional de santé des Pays de la Loire ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/981/2021/44 du 16 décembre 2021 fixant le calendrier de dépôt des demandes d'autorisation relatives aux activités de soins et équipements matériels lourds pour l'année 2022 ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/94/2022/44 du 15 avril 2022 du Directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire fixant le bilan quantifié de l'offre de soins pour les activités de soins ;

VU l'arrêté ARS-PDL/DOSA/956/2018/44 renouvelant l'autorisation de l'activité de soins de traitement du cancer par chimiothérapie au Centre hospitalier du Mans sur le site de l'établissement sis 194 avenue Rubillard 72000 LE MANS, en date du 20 décembre 2018 ;

VU la demande formulée par le Directeur général du centre hospitalier du Mans, en vue de transférer l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie vers le site de Centre de cancérologie de la Sarthe – rue de Degré au Mans (72000), en date du 30 mai 2022 ;

VU l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins du 13 septembre 2022 ;

CONSIDÉRANT que cette opération de transfert géographique ne modifie pas le bilan des objectifs quantifiés de l'offre de soins pour les activités de soins de traitement du cancer par chimiothérapie en Pays de la Loire, arrêté au 15 avril 2022 sur le territoire la Sarthe ;

CONSIDÉRANT que les activités de cancérologie du Centre Jean Bernard, de la Clinique Victor Hugo et du Centre Hospitalier du Mans seront regroupées au sein du nouveau Centre de Cancérologie de la Sarthe, sous la forme d'un GCS de droit privé ;

CONSIDÉRANT que ce projet de transfert géographique s'inscrit dans une démarche de prise en charge globale des patients du cancer au sein d'un même lieu ;

CONSIDERANT que l'exercice de l'activité de traitement du cancer par chimiothérapie dans les nouveaux locaux du Centre de Cancérologie de la Sarthe, répondra aux objectifs prioritaires d'amélioration de l'organisation des soins et aux essais cliniques dans un contexte de qualité et de réduction des inégalités ;

CONSIDERANT que le Centre hospitalier du Mans adhère au réseau régional de cancérologie en lien avec le dispositif 3C commun et participe au réseau 3C inter-établissement du secteur et aux activités et travaux du réseau ONCO-PL ;

CONSIDERANT que le projet proposé répond aux besoins de santé de la population et est compatible avec les objectifs du schéma régional de santé ;

CONSIDERANT que l'activité répond aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement ;

Décide

Article 1 : L'autorisation est accordée au Centre hospitalier du Mans en vue de transférer son activité de traitement du cancer par chimiothérapie exercée sur le site de l'établissement sis 194 avenue Rubillard au MANS (72000) vers le site du Centre de cancérologie de la Sarthe – rue de Degré au MANS (72000).

EJ FINESS : 72 000 002 5
ET FINESS : à créer

Article 2 : La mise en œuvre de l'autorisation mentionnée à l'article 1 devra être déclarée sans délai au Directeur général de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire, conformément aux articles R.6122-37 et D.6122-38 du Code de la santé publique.

Article 3 : La durée de validité de la présente autorisation est de 7 ans à compter de la date de réception de la déclaration de début de l'activité autorisée prévue à l'article R.6122-37 du Code de la santé publique.

Article 4 : La présente autorisation vaut de plein droit autorisation de fonctionner et de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux en application de l'article L.162-21 du Code de la sécurité sociale.

Article 5 : Un recours hiérarchique contre cette décision peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du ministre des Solidarités et de la Santé. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux.

Un recours contentieux peut être formé, dans les deux mois à compter de sa notification, auprès du tribunal administratif de Nantes qui peut être saisi par requête adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ou de manière dématérialisée via l'application Télérecours Citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

A l'égard des tiers, ces délais courent à compter de la date de publication de la décision au recueil des actes administratifs.

Article 6 : Le directeur de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de Région.

Fait à Nantes

Le **30 SEP. 2022**

Le Directeur général,

Jean-Jacques COIPLLET

Arrêté n° ARS-PDL-DT53-PARCOURS/2022/25
Portant désignation d'un directeur par intérim

Le directeur général de l'Agence régionale de santé ;

VU le code de la santé publique et notamment l'article L 1432-2 ;

VU la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

VU la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

VU la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

VU le décret n° 2005-920 modifié du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et notamment son article 6 ;

VU le décret n° 2005-921 modifié du 2 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1, 2° et 3°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

VU le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux de la fonction publique hospitalière ;

VU le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

VU le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire à compter du 1er octobre 2017 ;

VU le décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 relatif aux modalités d'indemnisation des périodes d'intérim et à l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

VU l'arrêté ministériel du 9 mai 2012 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

VU l'arrêté du 9 avril 2018 fixant les montants de l'indemnisation des périodes d'intérim et de l'indemnité de direction commune pour certains personnels de la fonction publique hospitalière ;

VU l'instruction DGOS/RH4/DGCS/4B/2014/281 du 13 octobre 2014 relative à la mise en œuvre de la procédure d'intérim des fonctions de directeur d'un établissement mentionné à l'article 2 de la loi 86-33 susvisée ;

VU l'indisponibilité de Monsieur Gérard GUIGOIN, Directeur du Centre Hospitalier d'Ernée (53500) ;

Considérant la nécessité d'assurer la direction intérimaire du Centre Hospitalier d'Ernée (53500) ;

ARRETE

Article 1^{er} : A compter du 25 juin 2022, Monsieur Ronan MOULARD, directeur adjoint du CH d'Ernée, est chargé d'assurer l'intérim de direction du Centre Hospitalier d'Ernée, jusqu'à la nomination d'un nouveau directeur.

Article 2 : Au titre de ses fonctions, Monsieur Ronan MOULARD percevra une rémunération complémentaire conformément au décret n° 2018-255 du 9 avril 2018 susvisé, correspondant à une majoration temporaire mensuelle de sa part fonctions de **150 €** versée par le CH d'Ernée.

Article 3 : La directrice de l'appui à la transformation et de l'accompagnement de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire, le président du conseil de surveillance du Centre Hospitalier d'Ernée sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région et notifié aux fonctionnaires concernés, à leurs établissements d'affectation et d'exercice d'intérim ainsi qu'au Centre national de gestion.

Fait à Laval, le 05/10/2022

La Directrice de la Délégation Territoriale
de la Mayenne,



Valérie JOUET

ARRETE ARS/PDL/DT49/DIR-2022/62

relatif à la composition du conseil territorial de santé de Maine et Loire

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire,

Vu le Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-9, L. 1434-10, L. 1434-11 et R. 1434-33.

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

Vu la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,

Vu le décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé,

VU le décret n°2021-1258 du 29 septembre 2021 portant prorogation du mandat des membres de certains conseils territoriaux de santé,

Vu l'arrêté du 03 août 2016 de la Ministre des affaires sociales et de la santé relatif à la composition du conseil territorial de santé,

Vu l'arrêté n° ARS-PDL/DG-2016/030 du 11 octobre 2016 de la Directrice générale de l'agence régionale de santé des Pays de Loire définissant les territoires de santé de la région des Pays de Loire,

Vu le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de M. Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de Directeur général de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire à compter du 1^{er} octobre 2017,

Vu l'arrêté ARS-PDL/DG/2022-003 du 7 mars 2022 portant délégation de signature à M. Benoît JAMES, conseiller auprès de la direction générale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire,

Vu l'arrêté ARS/PDL/DT49/DIR-2022/38 du 5 juillet 2022 relatif à la composition du conseil territorial de la santé de Maine-et-Loire,

Vu les décisions ou propositions transmises par les organismes concernés,

ARRETE

Article 1 : Le conseil territorial de santé est ainsi composé :

Collège 1 : Représentants des professionnels et offreurs des services de santé.

a. Au plus six représentants des établissements de santé

↪ Au plus trois représentants des personnes morales gestionnaires de ces établissements

- Titulaire : M. Arnaud POUILLART, directeur général adjoint du CHU d'Angers
Suppléant : M. Pierre VOLLOT, directeur du CH de Cholet
- Titulaire : M. Frédéric GIRAUDET, directeur de la clinique de la Loire
Suppléant : M. Jean-François POIRIER, directeur institut psychothérapique
- Titulaire : M. Eddy LHERBIEZ, Directeur Territorial Anjou – Fondation Saint Jean de Dieu
Suppléant : M. Sandro GENDRON, Directeur Pôle APF 49

↪ Au plus trois présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement

- Titulaire : Dr Sophie POCHIC, présidente de CME CH de Saumur
Suppléant : Dr Sophie ARMAND-BRANGER, présidente CME CESAME
- Titulaire : Dr Albin BEHAGHEL, clinique St Joseph
Suppléant : *En attente de désignation*

- Titulaire : Dr Anne-Laure FERRAPIE, Présidente de CME « Les Capucins »
Suppléant : Dr Anaïs ROUSSEAU, Présidente de la CME « Centre Saint Claude »

b. Au plus cinq représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux

- Titulaire : M. Christophe JOUCLA, directeur de la Résidence Le Parc de la Plesse, sur proposition du Synerpa
Suppléant : M. Corentin KERSUAL, directeur de la résidence La Retraite, sur proposition du Synerpa
- Titulaire : Mme Catherine LEBLANC, directrice EHPAD « Les Sources »
Suppléant : M. Jean-Roger HERMANT, directeur EHPAD « Drain-Liré »
- Titulaire : Mme Nadine MARTINEAU, directrice hébergement personnes âgées VYV3
Suppléant : M. Jean-François QUEMERAIS, directeur général Pôle Ligérien les Moncellières
- Titulaire : Mme Marie-Eve VIARDE, Directrice Générale de l'association Handicap'Anjou, sur proposition conjointe de NEXEM et de l'URIOPSS,
Suppléant : Mme Nathalie FERRIER, Directrice Générale de l'association SEA49, sur proposition conjointe de NEXEM et de l'URIOPSS
- Titulaire : M. Jean SELLIER, ADAPEI 49, sur proposition conjointe de NEXEM et de l'URIOPSS
Suppléant : M. Alain DOLLEY, directeur général de l'association ALAHMI, sur proposition conjointe de NEXEM et de l'URIOPSS

c. Au plus trois représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité

- Titulaire : Mme Sylvie LAMARQUE, directrice IREPS 49
Suppléant : M. Anthony CHAUVIRÉ, comité départemental Sport pour Tous de Maine-et-Loire
- Titulaire : M. Gilles GALOPIN, AGROCAMPUS Ouest
Suppléant : *En attente de désignation*
- Titulaire : M. Pierre PERROCHEAU, directeur de l'association ALIA 49
Suppléant : *En attente de désignation*

d. Au plus six représentants des professionnels de santé libéraux

☞ Au plus trois médecins

- Titulaire : Dr Vincent SIMON
Suppléant : Dr David FERME
- Titulaire : Dr Pascal PINEAU
Suppléant : Dr Mathilde BLANQUET
- Titulaire : Dr Anne-Lise BODIN
Suppléant : Dr Olivier LEROY

☞ Au plus trois représentants des autres professionnels de santé

- Titulaire : M. Denis MACÉ, URPS Pharmaciens
Suppléant : Mme Christelle DE BARY, URPS infirmiers
- Titulaire : Mme Judith ABRAHAM, URPS Chirurgien-dentiste
Suppléant : M. Jean-Yves LEMERLE, URPS masseurs-kinésithérapeutes

- Titulaire : Mme Béatrice MOREAU, URPS Orthophoniste
 Suppléant : M. Philippe BLAISON, URPS Orthophoniste

e. Un représentant des internes en médecine

- Titulaire : *En attente de désignation*
 Suppléant : *En attente de désignation*

f. Au plus cinq représentants des différents modes d'exercice coordonné et des organisations de coopération territoriale :

↪ **des centres de santé, maisons de santé et dispositif d'appui à la coordination**

- Titulaire : M. Rémi CAPELLE, APMSL
 Suppléant : Mme Elodie GAZEAU, APMSL
- Titulaire : Mme Annie DELALANDE, C3SI
 Suppléant : Mme Valérie ADAM, C3SI
- Titulaire : *En attente de désignation*
 Suppléant : *En attente de désignation*

↪ **des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires**

- Titulaire : Dr Jean-François MOREUL, co-président de la CPTS Vallées de l'Anjou Bleu
 Suppléant : M. Jean-Christian SEYNAT, co-président de la CPTS du Grand Saumurois

↪ **des communautés psychiatriques de territoire**

- Titulaire : *En attente de désignation*
 Suppléant : *En attente de désignation*

g. Au plus un représentant des établissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile

- Titulaire : Mme Catherine MONGIN, directrice générale Groupe Hospitalier St Augustin
 Suppléant : M. Anthony XAVIER, directeur adjoint HAD Saumurois – LNA Santé

h. Au plus un représentant de l'ordre des médecins

- Titulaire : Dr Éric BOUDAUD
 Suppléant : Dr David FORTIER

Collège 2 : Usagers et associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé

a. Au plus six représentants des usagers des associations agréées au niveau régional conformément à l'article L. 1114-1

- Titulaire : M. Yannick GRELLARD, UFC Que Choisir 49
 Suppléant : M. Jean-Pierre BATARD, UFC Que Choisir 49
- Titulaire : Mme Claire DIMA, France Alzheimer
 Suppléant : *En attente de désignation*
- Titulaire : Pr Jean-Claude GRANRY, Ligue contre le Cancer
 Suppléant : Dr Pierre-Marie PABOT DU CHÂTELARD, Ligue contre le Cancer
- Titulaire : Mme Marie-Josée DOUCET, UDAF

Suppléant : Mme Martine BARBIER, UDAF

- Titulaire : *En attente de désignation*
Suppléant : *En attente de désignation*

- Titulaire : *En attente de désignation*
Suppléant : *En attente de désignation*

b. Au plus quatre représentants des usagers des associations des personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées

- Titulaire : M. Jean-Noël CRUCHET
Suppléant : M. Guy MAURICE

- Titulaire : M. Michel GALLÉE
Suppléant : M. Guy MAURICE

- Titulaire : Mme Dominique PASSEDOIT
Suppléant : Mme Annick BOURIGAULT

- Titulaire : Mme Claudine MALFAIT
Suppléant : Mme Annick BOURIGAULT

Collège 3 : Collectivités territoriales ou leurs groupements, du territoire de démocratie sanitaire concerné

a. Au plus un conseiller régional

- Titulaire : M. Christophe POT
Suppléant : M. André MARTIN

b. Au plus un représentant de conseils départementaux

- Titulaire : M. Jean-François RAIMBAULT
Suppléant : Mme Marie-Pierre MARTIN

c. Au plus un représentant des services départementaux de protection maternelle et infantile

- Titulaire : Mme Marie-Paule CHESNEAU
Suppléant : Mme Françoise DAMAS

d. Au plus deux représentants des communautés de communes

- Titulaire : M. Jean HALLIGON
Suppléant : M. Richard YVON

- Titulaire : Mme Martine LEMESLE
Suppléant : M. Thierry LEBREC

e. Au plus deux représentants des communes

- Titulaire : *En attente de désignation*
Suppléant : *En attente de désignation*

- Titulaire : *En attente de désignation*
Suppléant : *En attente de désignation*

Collège 4 : Représentants de l'Etat et des organismes de sécurité sociale

a. Au plus un représentant de l'Etat dans le département du ressort du conseil territorial de santé

- Titulaire : M. Wilfried PELISSIER, directeur de la DDETS
Suppléant : M. Eric DAVID, directeur départemental de la DDPP

b. Au plus deux représentants des organismes de sécurité sociale situés dans le ressort du conseil territorial de santé

- Titulaire : M. Philippe CUIGNET, CPAM
Suppléant : Mme Bénédicte BOURNEUF, CPAM
- Titulaire : Mme Anne GAUTIER, MSA
Suppléant : M. Yvon MOUSSEAU, MSA

Collège 5 : Deux personnalités qualifiées

- M. Thierry LESAIN, Mutualité Française Pays de la Loire
- M. Luc FOUCHÉ

Collège 6 :

Les parlementaires du département sont membres de droit du conseil territorial de santé.

Article 2 : La durée du mandat des membres des conseils territoriaux de santé est de cinq ans, renouvelable une fois.

Article 3 : Nul ne peut siéger au sein des conseils territoriaux de santé à plus d'un titre.

Article 4 : La qualité de membre se perd lorsque la personne intéressée cesse d'exercer le mandat ou les fonctions au titre desquels elle a été élue ou désignée. Lorsqu'un membre cesse d'exercer ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est remplacé par une personne désignée dans les mêmes conditions pour la durée du mandat restant à courir.

Article 5 : Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du conseil est réputé démissionnaire. Le Directeur général de l'agence régionale de santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé, qui est remplacé par une personne désignée dans les mêmes conditions pour la durée du mandat restant à courir.

Article 6 : L'arrêté ARS/PDL/DT49/DIR-2022/38 du 5 juillet 2022 relatif à la composition du conseil territorial de la santé de Maine-et-Loire est annulé.

Article 7 : Le Directeur général adjoint de l'agence régionale de santé Pays de la Loire est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Pays de la Loire.

Article 8 : Dans les 2 mois de sa notification ou de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, soit d'un recours gracieux auprès du DG de l'ARS, soit d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Nantes.

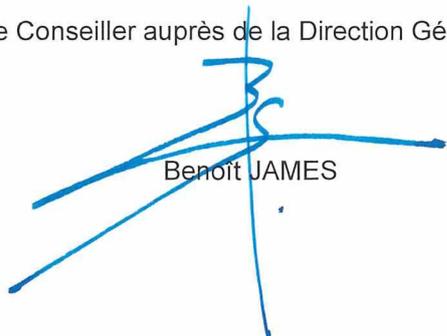
Le tribunal administratif peut notamment être saisi d'un recours via l'application informatique « Télérecours citoyens » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Nantes, le

07 OCT. 2022

Pour le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire,

Le Conseiller auprès de la Direction Générale


Benoît JAMES

ARRETE N° ARS-PDL/DG/2022-017
**relatif à l'expérimentation « Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce
dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE) »**

**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire**

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 27 janvier 2021 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2021 ;

Vu le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLÉ, en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, à compter du 1er octobre 2017 ;

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 7 octobre 2022 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE) » annexé à cet arrêté.

ARRETE

ARTICLE 1 : L'expérimentation innovante en santé « Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE) » est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges.

ARTICLE 2 : La durée de l'expérimentation est fixée à 5 ans, à compter de l'inclusion du premier patient. L'expérimentation est mise en œuvre sur 3 sites dans les départements de Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Sarthe.

ARTICLE 3 : Le Directeur du Projet régional de santé, référent régional article 51 est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

ARTICLE 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application « Telerecours citoyen » accessible par le site internet www.telerecours.fr

Fait à Nantes, le 11 octobre 2022

Le Directeur général de l'Agence régionale de
santé des Pays de la Loire

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Jean-Jacques Coiplet', written over the printed name.

Jean-Jacques COIPLLET

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles
Psychotiques Emergents (DIPPE)

PORTEURS :

Loire Atlantique	Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes
Maine et Loire	Centre de Santé Mentale angevin (CESAME)
Sarthe	Etablissement public de Santé Mentale (EPSM) de la Sarthe

Version finale annexée à l'arrêté signé le 11/10/2022

PERSONNES CONTACT :**Loire Atlantique**

Porteur	Partenaire principal
CHU de Nantes	Association l'Etape / <i>Samsah Ile de Nantes</i>
Marion CHIRIO-ESPITALIER, Praticien Hospitalier marion.chirioespitalier@chu-nantes.fr , Frédéric GIBAUD, directeur adjoint Frederic.gibaud@chu-nantes.fr	François BERTHOLON, médecin psychiatre Francois.Bertholon@ch-gdaumezon.fr Véronique LAMBERT, directrice v.lambert@letape-association.fr

Maine et Loire

Porteur	Partenaire principal
CESAME	VYV 3 Pays de la Loire- Pôle Accompagnement et Soins
Isabelle DELAUNAY, Praticien Hospitalier isabelle.delaunay@ch-cesame-angers.fr , Samuel GALTIE, directeur adjoint samuel.galtie@ch-cesame-angers.fr	Denis LEGUAY, administrateur denis.leguay@free.fr Cyrille PASTRE, directrice handicap adulte cyrille.pastre@vyv3.fr

Sarthe

Porteur	Partenaire principal
EPSM de la Sarthe	Adgesti Espérance Sarthe
Violaine PIOT GLORIA, Praticien Hospitalier v.piotgloria@epsm-sarthe.fr	Francine PHILIPPET, Présidente direction@adgesti.fr
Samuel REZE-VIRFOLET, directeur adjoint s.reze-virfolet@epsm-sarthe.fr	Nadia BAKOUR, Directrice n.bakour@adgesti.fr

Coordonnées détaillées en annexe 1

Résumé du projet :

Développer, en s'appuyant sur des dispositifs de soins et d'accompagnement, un projet de prévention secondaire en santé mentale : le Dispositif Détection et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents (DIPPE).

Le DIPPE se propose de favoriser la détection des jeunes âgés de 15 à 30 ans présentant des situations d'Ultra-Haut Risque (UHR) de transition psychotique et de permettre l'accompagnement de ceux-ci ainsi que de jeunes patients présentant des troubles psychotiques débutants, selon des pratiques reproductibles, déjà expérimentées à l'étranger et dans quelques centres français, et recommandées (recommandations de l'European Psychiatric Association (EPA) et du NICE 14 (National Institute of health and Care Experience, Royaume-Uni)). Ces nouveaux modèles, basés sur le case management, favorisent la coordination entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux entourant les jeunes accompagnés, dans des soins spécialisés et un suivi intensif dans le milieu.

La base du projet est de créer une équipe unique dédiée, ambulatoire, mobile, pluri-professionnelle et mixte (sanitaire et médicosociale) de détection et d'intervention précoces proposant des soins spécialisés et d'accompagnement intensif dans le milieu sur une durée de 3 ans. C'est une logique du « allers vers » avec un case manager qui est le pivot de celle-ci.

Le dispositif devra assurer 5 fonctions : (i) sensibilisation des acteurs de soins primaires adresseurs des jeunes ; (ii) repérage des jeunes UHR (Ultra Haut Risque) adressés ; (iii) évaluation clinique et fonctionnelle pluriprofessionnelle dans le milieu pour les UHR et les Premiers Episodes Psychotiques (PEP) ; (iv) soin spécialisé et d'accompagnement global après inclusion dans le dispositif (socle commun) et (v) accès à des soins spécifiques répondant aux besoins personnalisés des jeunes accompagnés par un programme spécifique UHR ou PEP avec un « calibrage » de l'intensité et des modalités de l'accompagnement individualisé par le case manager en fonction des besoins.

CHAMP TERRITORIAL :**CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :**

	Cocher la case
Local	
Régional	x
National	
	Cocher la case
Organisation innovante	x
<i>Financement innovant</i>	x
Pertinence des produits de santé	

GLOSSAIRE :

CM : Case Manager

CRéhab'S : Centre support régional des Pays de la Loire en réhabilitation psycho-sociale.

CRéHPsy : Centre Ressource Handicap Psychique. De dimension régionale, il a pour objectif de promouvoir les organisations, les programmes, les outils qui contribuent à soutenir le rétablissement des personnes en situation de handicap psychique et améliorer leur parcours de vie.

CRéSERC (Centre Référent en Soins d'Education thérapeutique et de Remédiation Cognitive) : centre de proximité de réhabilitation psychosociale du CHU de Nantes.

DUP : Durée de Psychose non traitée

EMR : Etat Mental à Risque

ETP : Equivalent Temps Plein

IP : Intervention Précoce

PEP : Premier Episode Psychotique

UHR : Ultra Haut Risque

Description du porteur :

Les 3 établissements porteurs du projet sont des établissements publics de santé mentale, réunis avec 3 structures médico-sociales dans le cadre d'un projet régional commun, avec l'appui du CReHPSy Pays de la Loire. Les contextes de chaque territoire, et notamment l'historique du partenariat entre établissement sanitaire et structure médico-sociale sont développés ci-après.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en Annexe 1.

Définitions :

Les personnes à Ultra-Hauts Risques (UHR) de transition psychotique (nommées aussi dans la littérature : états mentaux à risque) sont définies comme un ensemble de sujets ayant une probabilité élevée (30%) de développer un premier épisode psychotique dans un délai court de moins d'un an. Les sujets UHR peuvent être détectés via la passation d'une échelle clinique CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States). Les critères d'UHR ont initialement été développés afin de déceler un risque psychotique imminent au cours des 12 mois suivants («prodrome tardif»). Ces critères comprennent :

- Des symptômes psychotiques atténués (SPA),
- Des symptômes psychotiques limités intermittents et brefs («brief limited intermittent psychotic symptoms» [BLIPS]),
- Un risque génétique avec une chute de performances concomitante.

La transition psychotique (ou Premier Episode Psychotique PEP) : La notion de transition désigne le développement pour la première fois d'un épisode psychotique franc chez des patients UHR ; « *elle est atteinte lorsque les symptômes psychotiques sont exprimés à un niveau, de fréquence ou d'intensité significatif pendant une durée supérieure à 7 jours* » (M-O Krebs, F. Lejuste). Le PEP ne constitue pas, en tant que tel, une catégorie nosologique : il peut évoluer vers une rémission des symptômes ou vers une pathologie chronique comme une schizophrénie, des troubles bipolaires ou d'autres psychoses. La schizophrénie, telle que décrite classiquement, peut être considérée comme l'évolution chronique d'un trouble psychotique dont le PEP est un stade évolutif précoce.

Psychose débutante ou émergente : Ce terme recouvre les phases prodromiques et le premier épisode psychotique.

Durée de psychose non traitée (DPNT) ou Duration of Untreated Psychosis (DUP) : elle correspond au délai séparant la transition psychotique de la mise en place d'un traitement antipsychotique. Elle impacte le pronostic de façon majeure.

L'Intervention Précoce (IP) est une prise en charge précoce et personnalisée des adolescents et jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique, ou identifiés comme présentant un état mental à risque. Elle comprend un ensemble de mesures à la fois de prévention et de réhabilitation psychosociale. Pour éviter toute stigmatisation, une prise en charge ambulatoire est préférée. Les centres dédiés à l'IP fournissent des soins dans des environnements porteurs d'espoir et non

stigmatisants, dits «*youth friendly*». L'IP est aujourd'hui préconisée par les recommandations internationales (NICE 14).

Case manager (ou assistant de parcours) : il est l'un des acteurs centraux de la stratégie de l'Intervention précoce dans la psychose débutante. Il combine des missions de coordination, de soin et d'accompagnement global. Ses objectifs sont de faciliter le retour du jeune patient dans son parcours d'étude ou de formation, dans son milieu amical et familial, tout en optimisant son maintien dans les soins. Il assure la coordination entre les différents intervenants dont il est l'interlocuteur privilégié. Il est à l'interface du jeune, de sa famille, des soins et de l'environnement social plus large.

SOMMAIRE

1/ Contexte et Constats	9
a/ Contexte général	9
b/ Situation de la région des Pays de la Loire	10
c/ Un projet, trois contextes	12
2/ Objet de l'expérimentation (Résumé)	13
3/ Objectifs	13
a/ Objectifs généraux du DIPPE	13
b/ Objectifs stratégiques	14
c/ Objectifs opérationnels	14
4/ Description du projet	15
a/ Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)	15
i/ Modalités d'orientation vers le dispositif DIPPE	15
ii/ Les 3 parcours de soins	16
iii/ Présentation du parcours « Prise de contact et consultation médicale expertale »	18
iv/ Présentation de l'entité parcours UHR	21
v/ Présentation de l'entité parcours PEP	27
vi/ Modalités de sortie du dispositif DIPPE	30
b/ Population Cible	31
c / Effectifs concernés par l'expérimentation	32
d/ Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation	34
i/ Réseau des adresseurs	34
ii/ L'équipe ressource par centre	34
iii/ Rôle particulier des case managers	35
iv/ Liens avec le réseau territorial d'acteurs intervenant autour des jeunes accompagnés	35
e/ Terrain d'expérimentation	36
f/ Durée de l'expérimentation	36
Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation	37
g/ Gouvernance et suivi de la mise en œuvre	37
i/ Gouvernance par le COPIL	37
ii/ Déclinaison dans chaque territoire	37
iii/ Organisation mise en place autour d'une articulation sanitaire et médico-sociale : la place de l'encadrement	38
iv/ L'organisation du travail	39
5/ Financement de l'expérimentation	41
a/ Modèle de financement	41

b/ Modalité de financement de la prise en charge proposée _____	42
i/ Méthode de calcul utilisée _____	42
ii/ L'équipe cible par territoire _____	46
c/ Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles _____	47
d/ Besoin de financement _____	48
6/ Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation _____	53
a/ Aux règles de financements de droit commun _____	53
b/ Aux règles d'organisation de l'offre de soins _____	53
c/ Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles _____	54
7/ Impacts attendus _____	54
a/ Impact en termes de service rendu aux patients _____	54
b/ Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services _____	54
c/ Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé _____	55
8/ Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées _____	56
9/ Informations recueillies sur les patients _____	57
10/ Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel _____	58
11/ Liens d'intérêts _____	58
Eléments bibliographiques / expériences étrangères _____	58
Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires _____	61
Annexe 2 : Catégories d'expérimentations _____	63
Annexe 3 : Réseau des adresseurs _____	65
Annexe 4 : Programmes de soins du dispositif DIPPE _____	66
Annexe 5 : Case Management _____	70
Annexe 6 : La place de l'encadrement _____	73
Annexe 7 : Le terrain d'expérimentation _____	75

1/ Contexte et Constats

a/ Contexte général

Les troubles psychiques sont la première cause de morbidité et de handicap chez les adultes jeunes âgés de 15 à 25 ans. Selon les résultats des différentes enquêtes, 10 à 20 % des jeunes de cette tranche d'âge souffrent de troubles psychiques. Les troubles psychotiques tous diagnostics confondus touchent 2 à 3% de la population générale et parmi eux, la schizophrénie concerne à elle seule 1% de la population. Dans 80% des cas, la maladie psychotique commence avant 35 ans. L'incidence annuelle des premiers épisodes psychotiques est de 15/100.000, soit 15 cas pour 100.000 habitants.

Les troubles psychotiques se caractérisent à la fois par des symptômes dits « positifs » comme les hallucinations, les idées délirantes ou la désorganisation de la pensée, et par des symptômes dits « négatifs » comme l'avolition, la pauvreté du contenu de la pensée, l'apathie et l'anhédonie (1) ainsi que par l'anxiété, la dépression et les difficultés de fonctionnement.

La schizophrénie se classe parmi les dix plus importantes causes d'années vécues avec une invalidité. Les conséquences à long terme des troubles psychotiques sont lourdes : diminution de l'espérance de vie, détérioration des relations interpersonnelles et de la performance à l'école ou au travail, comorbidités comme l'abus de toxiques, risque suicidaire accru, problèmes juridiques, ainsi que des frais d'hospitalisation considérables (2).

C'est au milieu des années 1990 qu'est apparue l'idée suggérant que les effets des troubles psychotiques au cours des premières années pourraient prédire de manière significative son issue à long terme (3). Une Intervention précoce (IP) pourrait donc minimiser les risques de rechute et maximiser le potentiel de rétablissement dans les deux à cinq premières années suivant le début de la maladie.

À l'aide de 18 cohortes différentes, Harrison et ses collaborateurs ont en effet mis en évidence que les deux à trois premières années étaient les meilleurs prédicteurs des conséquences à long terme des troubles psychotiques. On parle donc de « période critique », ou « fenêtre d'opportunité » lors de laquelle des traitements intensifs adaptés pourraient infléchir le pronostic de la maladie (4).

A l'inverse, une durée de psychose non traitée (DUP) longue est associée à un moins bon pronostic clinique et fonctionnel, et à une moindre réponse aux traitements antipsychotiques (5). La DUP peut également présenter aussi une grande « toxicité sociale » : une psychose non traitée peut avoir des effets négatifs importants à une phase clé du développement lors de laquelle la vie sociale, professionnelle et affective se construit. La DUP est actuellement de deux ans en France (6).

La notion de sujets UHR a été développée par l'équipe de Mc Gorry, définissant des jeunes en souffrance psychique et pouvant être identifiés cliniquement via la passation d'une échelle CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States). Il a été démontré que les jeunes UHR sont demandeurs d'aide. Une étude a montré que chaque UHR avait eu environ 3 contacts de demande d'aide avant la transition psychotique (pas forcément efficaces), que le délai moyen entre les premiers symptômes et la demande d'aide était de 72 semaines, et que celui entre les premiers symptômes et l'accès à une aide spécialisée adaptée était de 110 semaines : cette durée de 110 semaines (soit un peu plus de 2 ans) constitue la durée de « Psychose non traitée », qui conditionne largement le devenir

de ces jeunes (1).

Le risque de transition psychotique élevé des jeunes UHR justifie les actions de prévention ciblée sur une durée de 2 à 3 ans, consistant en une action de veille psychiatrique, ainsi qu'en actions de soin visant à limiter les évolutions défavorables et les ruptures du parcours de soin, et en actions d'accompagnement visant à les maintenir au maximum dans leur parcours de vie. Chez les jeunes ayant présenté un premier épisode, l'IP suit exactement les mêmes principes, en ajoutant un traitement médicamenteux antipsychotique. Plusieurs essais cliniques randomisés et nombre d'autres études ont démontré que les services d'Intervention Précoce (IP) spécialisés mènent à de meilleurs résultats que les soins traditionnels. En plus de contribuer à la diminution de symptômes négatifs, de symptômes psychotiques et des troubles addictifs comorbides particulièrement fréquents, les IP favorisent un engagement beaucoup plus marqué envers les services, une plus grande satisfaction des patients ainsi que des taux de suicide inférieurs à ceux des soins classiques (1).

Par ailleurs, le développement de l'IP a montré un intérêt médico-économique majeur. Le coût moyen des soins directs d'un patient psychotique adulte est estimé à 14 955 euros principalement via les coûts d'hospitalisation, sans compter le coût sociétal et humain. De nombreuses études médico-économiques ont montré que les services d'IP permettraient de diminuer les dépenses de soin via la réduction des coûts d'hospitalisation, la réintégration des patients sur le marché du travail et grâce à leur approche communautaire et leur gestion de cas intensive dans le milieu de vie habituel des patients (7).

En France, si des dispositifs d'IP voient le jour depuis quelques années, ces derniers sont inclus dans le champ sanitaire. Or, il est montré que c'est l'accompagnement socio-sanitaire de proximité, c'est-à-dire la cohérence et la complémentarité entre des soins hautement spécialisés et un accompagnement intensif dans le milieu de vie qui est efficiente.

L'organisation proposée par DIPPE permettra une offre réellement globale et multipartenariale, par une équipe unique mixte de soin et d'accompagnement, qui permettra de conjuguer les actions au service du parcours des jeunes inclus dans le dispositif.

b/ Situation de la région des Pays de la Loire

Les réalités cliniques observées dans les Pays de la Loire sont en tous points conformes aux données de la littérature évoquées supra. L'organisation actuelle des soins psychiatriques à l'intention des adolescents et adultes jeunes montre quotidiennement des carences de prises en charge. Les insuffisances identifiées sont liées à la nécessité d'un accueil spécifique pour le dépistage, puis d'un suivi psychiatrique sur le moyen terme, en même temps que d'un accompagnement social ou médico-social pour éviter les ruptures de parcours.

L'offre de soins actuelle repose principalement sur les Centres Médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et adulte. Ces derniers sont régulièrement saturés, avec des délais de consultations largement excessifs pour les problématiques qui nous concernent. Des insuffisances sont observées dans les liens avec les équipes de secteur de psychiatrie adultes, sollicités tardivement lors des passages de relais de prise en charge, et dans les liens avec le secteur médico-social.

De son côté, le jeune présentant des troubles psychiques doit investir tous les domaines de sa future vie d'adulte : scolarité, études, apprentissage, pression mentale des examens, orientation et formation professionnelles, autonomie de sa vie quotidienne, installation dans un logement indépendant, autonomie financière, vie affective et sexuelle, liens et ruptures amoureuses etc.

L'ensemble de ces défis le fragilise et peut conduire à des décompensations qui pourront le précipiter dans un décrochage, une rupture de son parcours de vie, un autre monde qui peut être celui de la maladie qui s'installe, la dépendance aux structures de soins, et vont l'orienter vers les tentatives d'apaisement par la consommation de toxiques, les satisfactions illusoire par les passages à l'acte, etc.

Les constats partagés par l'ensemble des territoires concernés par le projet de DIPPE :

- Manque d'accès à des soins adaptés au stade de la pathologie
Pour les UHR, pas d'offre identifiée de détection précoce dans le département de Loire Atlantique, de Sarthe ou du Maine et Loire.
Réticence des jeunes UHR ou après un premier épisode (PEP) à accepter des soins de secteur avec des personnes atteintes de troubles chroniques et parfois marqués par la maladie.
- Manque d'accès à l'information concernant les troubles psychiques et aux mesures de prévention pour les jeunes ayant des états mentaux à risque et leur famille.
- Insuffisance de coordination entre les structures d'accompagnement, les jeunes passant d'un dispositif à l'autre sans une coordination suffisante. Cette réalité existe entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'entre les différents dispositifs d'un même champ.
- Ruptures de parcours
Sentiment d'«errance» ressentie par les jeunes et leur famille dans la recherche de soins et d'accompagnements adaptés.
Nombreux perdus de vue après un premier contact avec les soins pour un premier épisode psychotique. Ruptures de suivis et de traitements entraînant un risque de rechutes et de chronicisation des troubles.
Manque de coordination et de relais entre des accompagnements sanitaires favorisés en début de troubles et des dispositifs médico-sociaux centrés sur le « aller-vers » et la socialisation.
Insuffisance de la transmission d'informations, multiplication de temps d'évaluations redondants, ne favorisant pas la motivation des personnes accompagnées.

Ce constat de l'inadaptation des parcours de prise en charge et d'accompagnement proposés au jeune souffrant de troubles psychiques émergents a fait l'objet d'une réflexion régionale depuis une dizaine d'années, partagé par des équipes de psychiatres, de psychologues, de cadres de santé se côtoyant depuis leur formation, et désireuses de mieux répondre aux besoins de cette population. Ces équipes ont suivi les mêmes cursus de formation, notamment les enseignements dispensés par le Pr Marie-Odile Krebs. Elles se sont également inspirées des données issues des revues de littérature effectuées par le Centre de preuves en santé mentale, animé par le Pr Marie-Christine Hardy-Baylé, et montrant le gain d'efficacité apporté par le suivi socio-sanitaire de proximité (8). Elles ont réfléchi et conçu ensemble et collégialement un projet de structuration des parcours de prise en charge pour cette population, associant un suivi diagnostique et thérapeutique spécifiques et un accompagnement social réalisé par des *Case managers* dans un esprit de coopération étroite dans le cadre d'une équipe

unique.

Le nombre d'accompagnements recommandés par case-manager (CM) est variable selon les rares référentiels existants, fonction de la population cible et des ressources disponibles du territoire.

Le référentiel canadien propose 1 intervenant pour 16 jeunes accompagnés, hors effectifs médicaux et secrétariat. (Cadre de référence de la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, document disponible uniquement en ligne à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, cité, p. 12). Selon ce même référentiel, la taille d'une équipe ne devrait pas être de moins de 5 ETP intervenants et 1 ETP psychiatre ni de plus de 12 ETP intervenants et 2,4 ETP psychiatres.

Le référentiel australien propose 1 case manager pour 30 jeunes accompagnés. Là encore, les référentiels sont accessibles en ligne (<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>, ou version française : <https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/Case-management-manuel-français.pdf>).

Les recommandations françaises ne sont pas encore établies en la matière, mais le Pr Marie-Odile Krebs, coordinatrice nationale du réseau français de recherche et de soins Transition qui fait référence en la matière, évalue (lors d'un échange de courriels) un *case load* de case managers qui fluctue selon qu'il s'agit d'UHR ou de PEP : ratio d'environ 1/30 pour les phases très précoces sans troubles caractérisés pour des suivis de 3 ans, et 1/15 à 20 pour les PEP.

c/ Un projet, trois contextes

Ce projet concerne les territoires de santé de la Loire Atlantique, du Maine et Loire et de la Sarthe, en tout ou partie de ces territoires selon les sites.

Chacune des aires géographiques desservies recouvre un bassin de population comparable, d'environ 500 000 habitants.

- Les 5 secteurs de psychiatrie adulte du CHU de Nantes.
- Les 6 secteurs de psychiatrie adulte du Cesame
- Tout le département de la Sarthe, couvert par l'EPSM de la Sarthe

Il est décliné ci-après selon les caractéristiques de chacun de ces territoires et en particulier de l'offre de soins déjà existante à laquelle le projet devra s'articuler, ainsi que de ses spécificités sociodémographiques et épidémiologiques.

Rattachées à leur établissement de référence (CHU de Nantes, CESAME Angevin et EPSM de la Sarthe, associés pour la mise en œuvre du projet), chacune des équipes territoriales développera son réseau, en établissant, avec les acteurs locaux existants des champs sanitaire et médico-social, les partenariats nécessaires.

Les particularités de chaque territoire expliquent pourquoi chacune des déclinaisons du projet diffère des deux autres. Les pourcentages respectifs de patients PEP et UHR pourront ainsi varier entre eux selon les années et les territoires, en fonction de l'offre de soins et des partenariats existants.

Mais ces équipes ont mis et mettront en commun :

- La définition des objectifs du projet,
- La définition de la population éligible,
- La définition des professionnels à affecter,
- Les fiches de poste de ces professionnels,
- Le choix des indicateurs d'évaluation de la démarche et des données à recueillir,
- Les modalités et les résultats de cette évaluation afin d'effectuer l'analyse de ces résultats sur une cohorte d'ampleur significative,
- Le suivi de ce projet sur les questions suivantes :
 - o Faisabilité de l'implémentation de cette offre de prise en charge dans le paysage institutionnel existant,
 - o Difficultés rencontrées, leviers identifiés dans la mise en œuvre des partenariats,
 - o Éléments médico-économiques,
 - o Évolution de la DUP.
- Ce suivi sera effectué par un comité émanant des trois partenaires du projet, de l'ARS et des représentants des partenaires sociaux et médico-sociaux. Le CReHPsy des Pays de la Loire accompagnera la coordination de ces acteurs régionaux dans le cadre de ce comité de suivi.

2/ Objet de l'expérimentation (Résumé)

Le projet consiste à mettre en place un Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles psychotiques Emergents (DIPPE) en constituant dans chaque territoire une équipe unique dédiée, ambulatoire, mobile, pluri professionnelle mixte (sanitaire et médico-sociale), de détection précoce et d'intervention précoce. Cette équipe proposera aux jeunes de 15 à 30 ans inclus dans le dispositif des soins spécialisés, renforcés par un accompagnement intensif dans le milieu assuré par des case managers, pendant une durée de 3 ans.

3/ Objectifs

a/ Objectifs généraux du DIPPE

1/ Améliorer la santé mentale des jeunes inclus dans le dispositif, en renforçant les facteurs protecteurs et en contrôlant dans la mesure du possible les facteurs fragilisants.

2/ Diminuer la période de psychose non traitée (Duration of Untreated Psychosis, DUP) chez les jeunes accompagnés qui présenteront une transition psychotique, grâce à une réactivité et une adéquation accrue des soins.

3/ Construire une alliance thérapeutique la plus solide possible afin de limiter le caractère traumatisant des premières expériences psychotiques et des premiers contacts avec les soins psychiatriques, ceci pour le patient comme pour les aidants (les parents essentiellement). Grâce à un engagement précoce du jeune, cette alliance thérapeutique doit permettre de diminuer les ruptures de soins nombreuses au début des prises en charge.

4/ Diminuer le nombre de rechutes et donc le nombre et la durée des hospitalisations.

5/ Diminuer la « toxicité sociale » des UHR et d'une transition psychotique afin d'améliorer le pronostic fonctionnel des jeunes accompagnés (décrochage scolaire et professionnel), ainsi que leur qualité de vie. Cela nécessite une démarche proactive et un objectif de réintégration scolaire ou professionnelle rapide en cas de décrochage, chez les UHR ou au décours d'un premier épisode psychotique.

b/ Objectifs stratégiques

1/ Se faire connaître des acteurs de première ligne en contact avec des jeunes en souffrance psychique afin de les sensibiliser à l'intérêt majeur d'une approche préventive en santé mentale. C'est développer une connaissance commune et harmonisée des UHR et des jeunes présentant un PEP.

2/ Permettre l'accès rapide à une population de jeunes en souffrance psychique à une consultation de détection précoce des troubles psychotiques spécialisée, adaptée, non stigmatisante.

3/ Permettre une évaluation clinique et fonctionnelle approfondie de qualité des jeunes accueillis.

4/ Permettre un accompagnement socio-sanitaire de qualité pendant 3 ans en cas de nécessité, pour les jeunes UHR ou ayant traversé un PEP.

5/ Permettre au système de soin de se positionner d'emblée dans une logique de parcours et de développer une culture multipartenariale.

c/ Objectifs opérationnels

1/ Réalisation d'actions de communication et de sensibilisation auprès des professionnels de première ligne et de recours.

2/ Mise en place d'une consultation de détection précoce des troubles psychotiques répondant dans des délais rapides (moins de 15 jours) aux besoins des jeunes demandeurs.

3/ Mise en place d'une consultation d'évaluation psychiatrique de veille et de suivi pour les jeunes inclus et d'actions d'évaluation fonctionnelle dédiées.

4/ Mise en place d'actions de case management clinique et de suivi intensif dans le milieu de vie pendant une durée de 3 ans.

5/ Réalisation de concertations pluridisciplinaires incluant l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement autour du jeune inclus.

NB : l'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe (cf. chapitre dédié plus loin)

4/ Description du projet

a/ Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

i/ Modalités d'orientation vers le dispositif DIPPE

Il existe deux types d'adressages vers le dispositif DIPPE :

- **Jeunes suspectés de présenter un UHR**

Les jeunes âgés de 15 à 30 ans, en situation de souffrance psychique non suivis par les services de psychiatrie, seront adressés par les professionnels de première ligne, voire de recours, qui leur permettront d'avoir accès au dispositif.

- **Jeunes présentant un PEP**

Les jeunes PEP âgés de 15 à 30 ans seront plus fréquemment adressés par le milieu médical psychiatrique, suite à une hospitalisation en milieu psychiatrique ou à une consultation psychiatrique hospitalière ou libérale.

Cela étant, l'ensemble des adresseurs des jeunes UHR peuvent être amenés à solliciter les services pour un jeune ayant présenté une transition psychotique non médicalisée, non psychiatisée, ou ayant échappé à une première démarche de suivi spécialisé.

Le réseau détaillé des adresseurs est présenté en annexe 3.

Une fois adressés à la consultation de détection, les modalités d'orientation vers le dispositif sont illustrées par le schéma ci-après.

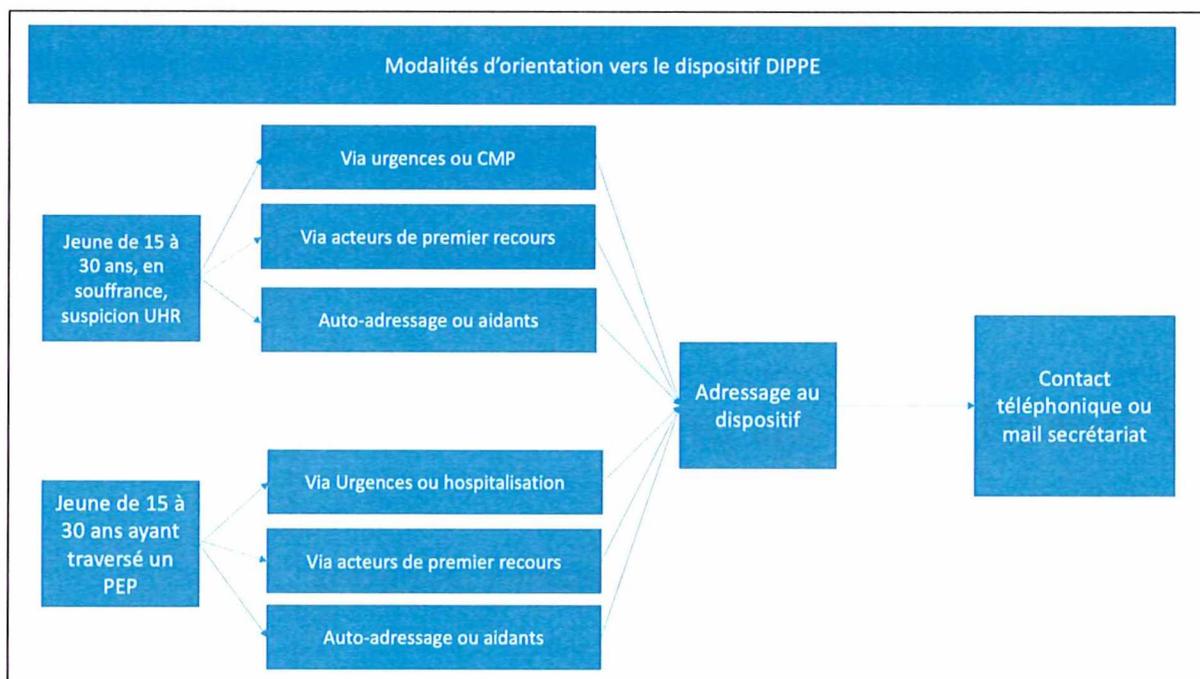


Figure 1. Modalités d'orientation vers le dispositif DIPPE

ii/ Les 3 parcours de soins

Le dispositif comprend 3 parcours distincts :

1/ Un premier parcours : « prise de contact et consultation médicale expertale »

Ce premier parcours concerne l'ensemble des jeunes adressés et comprend :

- **Prise de contact avec le secrétariat et "aller-vers"**
 Cette prise de contact sera l'occasion d'un premier screening : le/la secrétaire suit une grille structurée de questions permettant une pré-évaluation de la bonne indication et du degré d'urgence.
 Un "aller-vers" dans le milieu de vie pour certains jeunes ne pouvant ou ne voulant pas se rendre en consultation sera parfois nécessaire.
- **Consultation médicale expertale : consultation de détection (UHR) ou d'évaluation clinique (PEP)**
 Elle s'adresse à l'ensemble des jeunes adressés, sauf réorientation initiale par le secrétariat en cas d'orientation manifestement erronée. Ce premier temps diffère en termes de contenu selon la situation de santé du jeune adressé (suspicion d'UHR ou PEP). Il comprend un temps d'évaluation clinique individuel et une consultation familiale. Elle donne lieu à la prescription de l'inscription dans le dispositif DIPPE.

Ce premier parcours peut durer 1 à 2 mois intégrant 7 heures de temps médical pouvant comprendre 3 mois de plus si « aller vers » nécessaire (20 à 30% des jeunes adressés a priori concernés). Pour la plupart des jeunes adressés (65/90), la prise en charge va s'arrêter à cette étape.

2/ Deux parcours de soins et d'accompagnement distincts pour les UHR et les PEP : chacun de ces deux parcours comprend, sur une durée de 3 ans avec 3 blocs d'un an chacun :

- Une évaluation fonctionnelle approfondie pluridisciplinaire à laquelle fait suite une concertation regroupant l'ensemble des acteurs et définissant le projet de soins et d'accompagnement personnalisé ;
- Un panier de soins spécialisés constitués d'un socle commun dont bénéficieront l'ensemble des patients inclus et d'un panier de soins individualisé en fonction des besoins spécifiques de chaque jeune ;
- Un accompagnement intensif dans le milieu de vie par les case managers.

Ce panier de soins est construit de manière identique sur les trois centres.

Il s'inscrit en complément de soins courants qui peuvent être proposés aux jeunes en fonction de leurs besoins spécifiques (psychothérapie individuelle, médiations thérapeutiques hors forfait...). Ces propositions sont faites en coordination avec l'ensemble des acteurs du parcours (décrits infra).

Les modalités de sa mise en œuvre peuvent cependant s'infléchir au fil du temps et s'adaptent aux nécessités du terrain dans chaque territoire.

Les modélisations du panier de soins sont présentées sur les figures 2 et 3. La construction du panier de soins est présentée en figure 2 ; les 3 entités du panier de soins faisant objet d'une tarification sont présentées en figure 3.

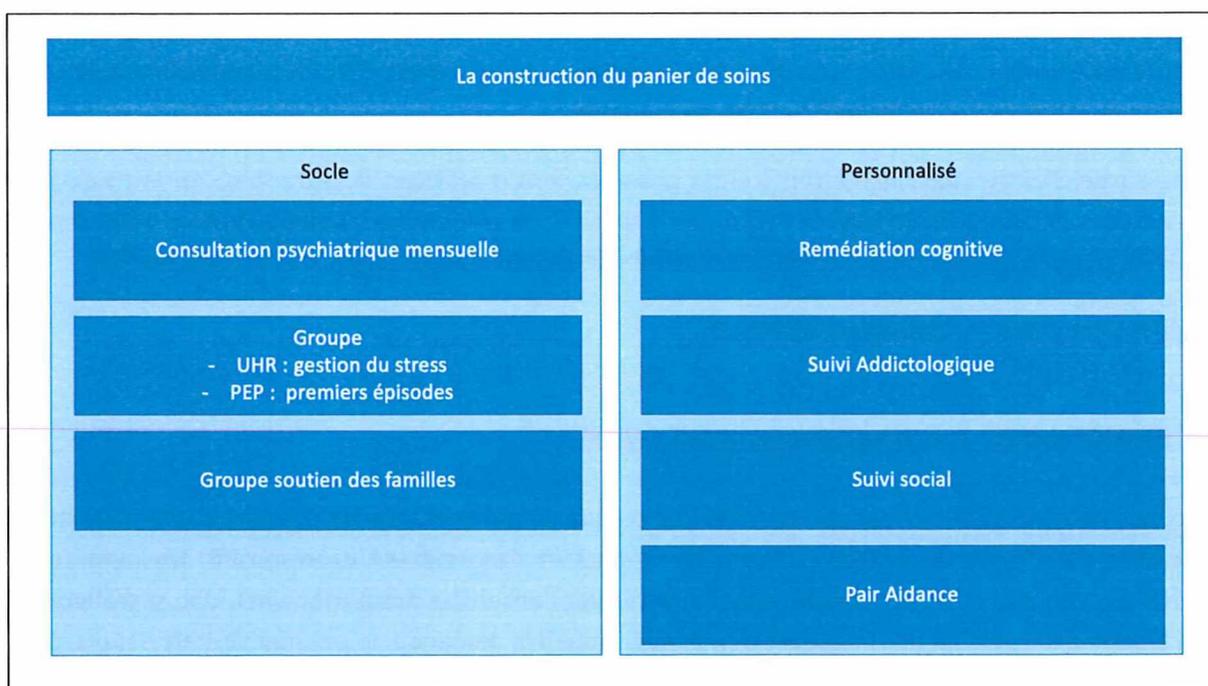


Figure 2. La construction du panier de soins

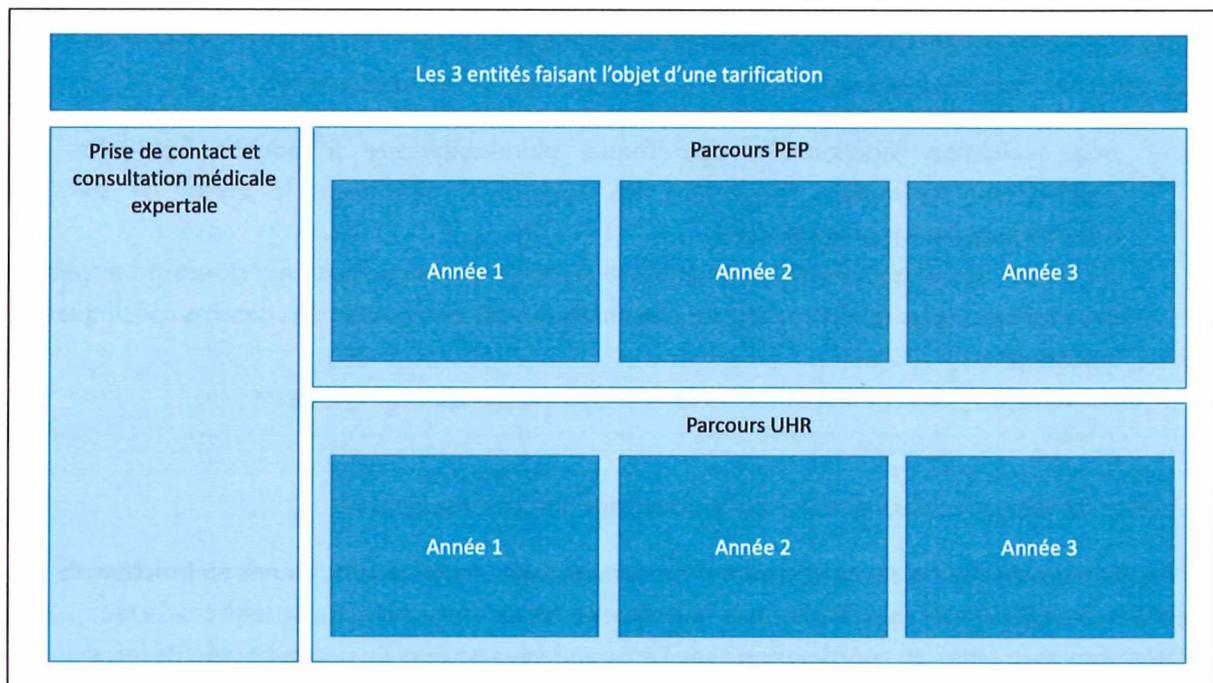


Figure 3. Les trois entités différentes du parcours de soins

iii/ Présentation du parcours « Prise de contact et consultation médicale expertale »

L'ensemble des jeunes adressés au dispositif et répondant aux critères d'inclusion bénéficient de cette première étape de consultation/évaluation expertale.

Une partie d'entre eux s'arrêteront à cette phase et seront redirigés vers du soin courant sans être inclus dans un parcours de suivi et de soin du dispositif ; pour les autres, cette séquence initie la prise en charge et l'engagement dans l'un des parcours de soin et d'accompagnement : UHR ou PEP.

Ce parcours comprend plusieurs éléments :

1/ Prise de contact avec le secrétariat et "aller-vers" :

La prise de contact se fait par un accueil téléphonique ou par mail, afin de permettre une pluralité de modalités ainsi que de faciliter la prise de contact et l'accessibilité du dispositif. Un numéro de téléphone unique et un mail dédié seront repérés par l'ensemble des partenaires. Une secrétaire est en charge de la gestion des nouvelles demandes. Suite à la demande, le premier contact est pris dans la quinzaine qui suit.

Le secrétariat réalise auprès de l'adresseur, qu'il s'agisse d'un médecin traitant, d'un professionnel de santé, des parents ou du jeune lui-même, un questionnaire suivant une grille structurée de « premier

contact » d'une durée de 15 minutes réalisé de manière identique sur les trois centres, permettant de confirmer la validité de la demande, et de déterminer l'urgence de la réponse à apporter ainsi que ses modalités (aller-vers ou consultation sur site...).

La grille utilisée identifie les « signes d'alerte UHR » qui permettront d'orienter le jeune vers la consultation expertale de détection.

Il s'agit des difficultés ressenties suivantes :

- Lutte pour faire face aux obligations scolaires ou professionnelles, voire décrochage ou désinsertion ;
- Isolement progressif de la famille ou amis ;
- Changements émotionnels comme anxiété, irritabilité ou dépression ;
- Changements dans les habitudes de sommeil et d'alimentation ;
- Pensée confuse, troubles de concentration ou d'attention entraînant des difficultés de fonctionnement ;
- Sentiments que les choses et les gens semblent étranges ou irréels ;
- Penser constamment à des idées ou à des croyances particulières ;
- Des expériences inhabituelles comme voir ou entendre des choses que les autres ne peuvent pas entendre.

Les demandes manifestement inadaptées non valides par la secrétaire seront ré-orientées vers l'offre de soins courante.

Dans certaines situations, la situation du jeune ne permet pas qu'il se déplace pour un premier temps de consultation médicale sur le lieu de soin, le jeune ne faisant pas la démarche de demander de l'aide de manière active. Afin de favoriser « l'aller-vers » et de renforcer la réponse à l'alerte des partenaires et des familles, les membres de l'équipe pluri-professionnelle pourront être mobiles (case manager, clinicien) et, après analyse minimale de la demande, aller si nécessaire vers le jeune présentant des troubles psychotiques ou soupçonnés UHR afin de confirmer l'indication d'une évaluation approfondie et de l'accompagner vers la consultation de détection. Cet "aller-vers" comportera différentes modalités d'action, de la simple mise en relation avec le jeune via les aidants, par mail, téléphone, SMS...à la rencontre initiale du jeune dans la communauté : au domicile, chez le médecin traitant... L'intention est de favoriser le lien et la mise en confiance avant même de proposer des soins ou une évaluation. Cet "aller-vers" est débuté dans les 15 jours suivant la première demande et peut durer jusqu'à 3 mois en fonction des difficultés d'accès aux soins du jeune, à un rythme personnalisé déterminé par le case manager. Un temps dédié à cet "aller-vers" est mesuré en moyenne à une journée de temps de case manager par jeune concerné.

Selon l'expérience londonienne, cet "aller-vers" est nécessaire pour 25 à 30 % des jeunes pour lesquels une détection est demandée. De la même manière, il est estimé que cet "aller-vers" est nécessaire pour 25 à 30 % des jeunes concernés par la situation de PEP et pour lesquels un accompagnement DIPPE est demandé.

2/ Consultation médicale expertale de détection précoce des jeunes suspectés UHR :

Les patients suspectés d'UHR adressés bénéficient d'une évaluation spécifique réalisée par un médecin psychiatre ou, selon les déclinaisons territoriales du projet, un psychologue clinicien formé à la détection des UHR et à leur accompagnement.

Cette consultation est proposée dans les 15 jours suivant la première demande.

Il leur est proposé :

- **Une première consultation psychiatrique et un entretien familial**, afin d'appréhender la situation globale et l'ampleur de la souffrance psychique, ainsi que les retentissements sur la vie quotidienne et l'environnement. Il est à prévoir 1 heure de première consultation psychiatrique et 1 heure d'entretien familial.
- **La passation systématique d'une échelle CAARMS (Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State(9))**, outil validé permettant d'identifier le niveau de risque de transition psychotique chez des personnes en souffrance. Il a été montré que les jeunes adultes détectés à « Ultra Haut Risque » de transition via cette échelle avaient un risque spontané de 29% de transition psychotique à 1 an, et 35% à 2 ans. Ceci correspond donc à un risque relatif de 460 comparé à la population générale (29%/0,063%). Le temps nécessaire à la passation d'échelle (2h à 2h30) et d'analyse est estimé à 3 heures.

A l'issue de cette première évaluation clinique, il peut être déterminé avec certitude la présence ou l'absence d'un état d'UHR de psychose atténuée, ou de PEP, justifiant l'inclusion dans le dispositif DIPPE. Dans le cas contraire, le jeune est dirigé vers les soins psychiatriques courants auprès des partenaires du réseau (Maison des Adolescents, psychiatrie libérale ou CMP...).

- **Un entretien médical de retour au patient et à l'entourage** est alors réalisé. Il comporte
 - o Le retour sur la situation d'état mental à risque ou sur les pistes diagnostiques alternatives,
 - o La décision et la proposition d'inclusion dans le dispositif DIPPE,
 - o Les propositions d'actions d'évaluations complémentaires à venir.

La rédaction du rapport clinique et la restitution au patient et à l'entourage sont estimées à 2 heures.

3/ Consultation médicale expertale d'évaluation clinique des jeunes PEP :

Tous les jeunes patients PEP adressés bénéficient d'une première évaluation par un psychiatre formé à la prise en charge spécifique des psychoses débutantes, dans les 15 jours suivant la demande. Cette évaluation médicale pourra comprendre un ajustement du traitement médicamenteux selon les préconisations.

De la même manière que chez les UHR, ce premier temps comprend un entretien familial, réalisé par un médecin psychiatre ou un psychologue, selon les déclinaisons territoriales du projet, afin d'appréhender la situation globale et l'ampleur de la souffrance psychique, ainsi que des retentissements sur la vie quotidienne et l'environnement. Il est à prévoir 1 heure de première consultation psychiatrique et 1 heure d'entretien familial.

L'évaluation est complétée par une évaluation clinique structurée via la PANSS (Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia) et par un temps de bilan éducatif partagé, concernant les connaissances et la compréhension du jeune de sa fragilité de santé. Il est alors réalisé une échelle d'insight de Birchwood et une échelle de rétablissement RAS (Recovery Assessment Scale). La durée de cette évaluation clinique standardisée est estimée à 1 heure.

Le temps de rédaction du rapport clinique et de restitution au patient et à l'entourage est estimé à 2 heures. Ce retour permet de confirmer ou non l'inclusion dans le dispositif, de formuler les propositions de réalisation des évaluations complémentaires. Il permet d'impliquer le jeune patient dans sa prise en charge et de construire d'emblée une alliance thérapeutique solide.

La durée totale prévue pour ce temps médical d'évaluation PEP est de 5 heures.

L'ensemble des évaluations cliniques standardisées sont réalisées de la même manière dans les trois centres. Elles sont réitérées au cours du suivi en fonction des besoins identifiés et réalisées dans leur ensemble au terme des trois années d'accompagnement.

La présentation graphique du parcours de consultation médicale expertale est présentée en figure 4.

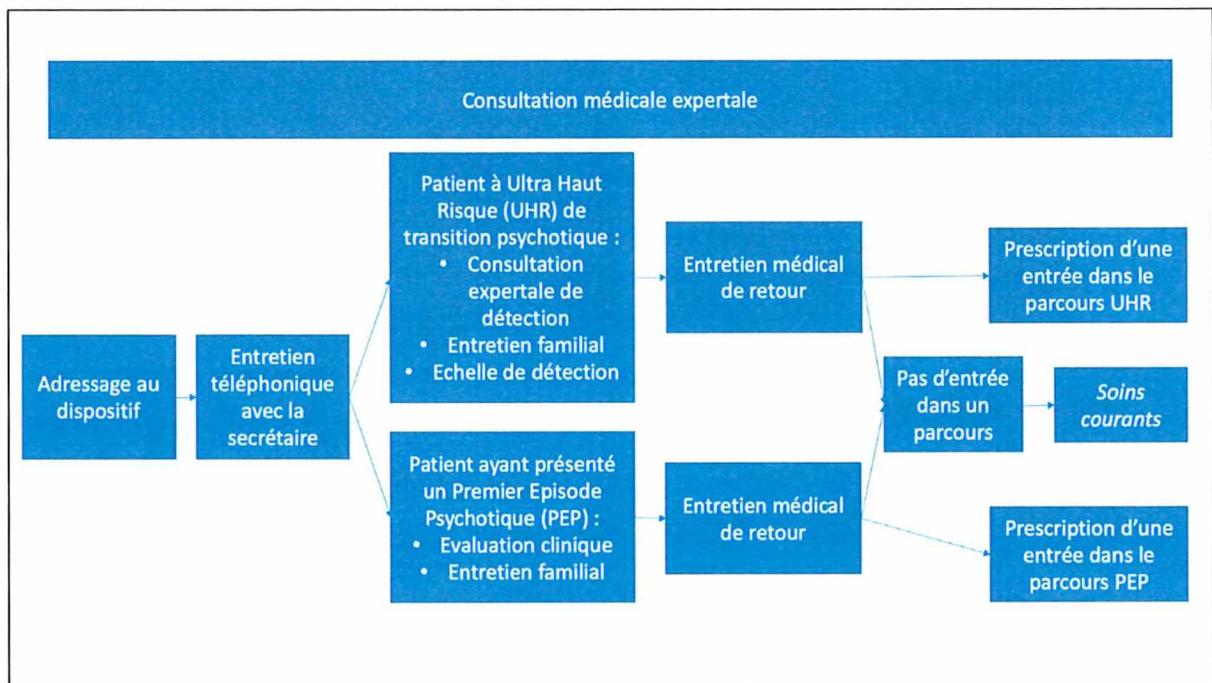


Figure 4. Parcours consultation médicale expertale

La décision de l'inclusion dans la séquence parcours UHR ou PEP a lieu au terme de la première séquence de consultation, et sur prescription du médecin psychiatre ayant participé à l'évaluation.

C'est à cette étape précise qu'il est décidé si le jeune s'arrête en ayant bénéficié uniquement de la première séquence de consultation, et le financement demandé est celui de cette seule séquence, ou s'il poursuit sur un parcours UHR ou PEP – avec une inclusion dans le parcours donnant lieu à un financement dédié « parcours UHR » ou « parcours PEP ».

iv/ Présentation de l'entité parcours UHR

Les jeunes répondant aux critères suivants sont intégrés dans le parcours UHR :

- Jeunes ayant bénéficié de la séquence de consultation médicale expertale de détection UHR et ayant rempli les critères diagnostics d'UHR de transition psychotique.
- Jeunes acceptant de s'inscrire dans le dispositif de suivi et de soins DIPPE pendant une durée de 3 ans.

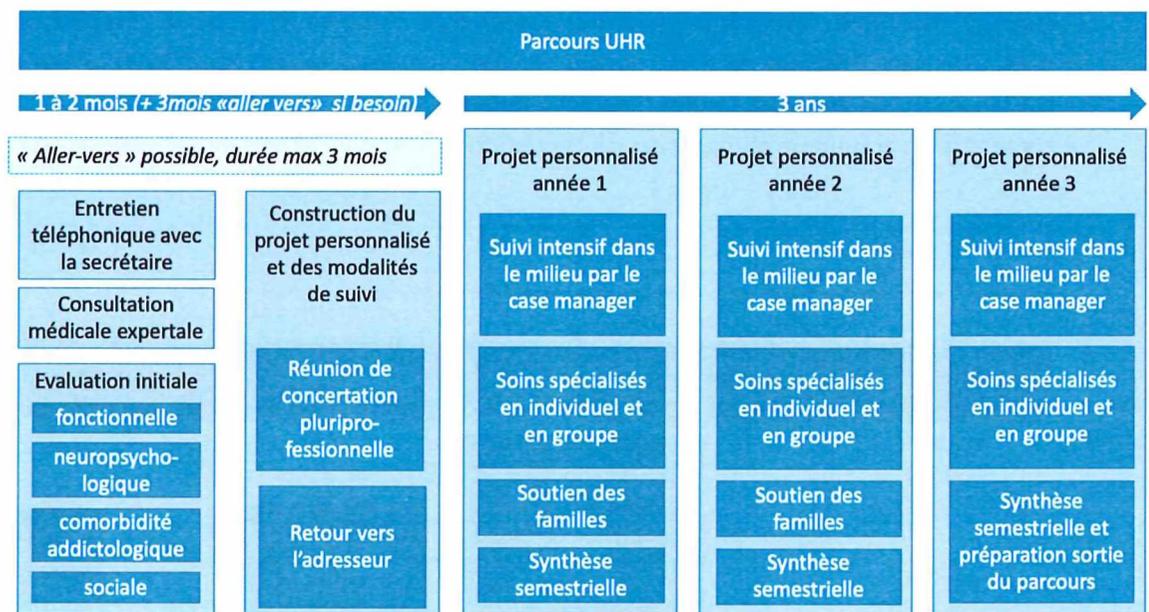


Figure 5. Parcours patient UHR

Pour les patients nécessitant une approche d' « aller vers », 3 mois supplémentaires pourront être nécessaires jusqu'à la consultation médicale expertale.

Ce parcours comprend plusieurs éléments :

1/ Evaluation fonctionnelle pluridisciplinaire :

Cette étape concerne les jeunes détectés comme étant en situation d'UHR de psychose par la consultation médicale expertale et poursuivant donc le dispositif dans le parcours UHR.

A l'issue de cette première évaluation clinique médicale globale, une évaluation pluridisciplinaire est réalisée :

- Aucune donnée n'est recueillie qui ne serait utile au jeune patient.
- Evaluation du fonctionnement de la personne, de ses difficultés et de ses ressources.
 - o Elle est réalisée par un case manager, avec l'utilisation d'outils standardisés et généralisables. Cette évaluation fonctionnelle peut être réalisée par les professionnels ayant la fonction de case manager dans la structure, qui seront formés pour leur réalisation et ce, quelle que soit l'identité professionnelle initiale et le champ d'intervention sanitaire ou médico-social. On compte pour ce temps d'évaluation fonctionnelle une durée de 2 heures de case manager.
 - o Les outils d'évaluation fonctionnelle utilisés sont identiques dans les trois centres :
 - Evaluation globale du fonctionnement et des besoins par l'échelle ACOR (Aide à une (re)CONstruction d'un projet de soin soutenant le Rétablissement), *CRehab'S 2020*.
 - Echelle d'estime de soi de Rosenberg.

- Autres évaluations proposées en fonction du contexte clinique (échelle de dépression HDRS, ...).
- Evaluation des comorbidités addictologiques et des Troubles Liés à l'Usage de Substances (TLUS ou addictions comportementales) par une consultation systématique d'une heure réalisée par un addictologue pour chaque jeune inclus dans le dispositif.
- Evaluation de la situation sociale par un entretien individuel et/ou familial de 2 heures, comportant le temps d'entretien, de conseil et d'évaluation de la situation sociale par une assistante sociale.
- Un bilan neuropsychologique est réalisé de manière systématique par un neuropsychologue. En effet, selon une méta-analyse de Bora et al en 2014 (10), les jeunes UHR présentent des difficultés cognitives dans tous les domaines, et ce de manière similaire aux jeunes PEP. Il est également établi, par ce travail de haut niveau de preuve, que l'importance des troubles cognitifs prémorbides est prédictrice d'un risque accru de transition psychotique.

La totalité de cette période d'évaluation est effectuée dans un délai de 2 mois à compter du premier contact. Dans les situations où un « aller-vers » a eu lieu, le temps nécessaire d'aller-vers se rajoute à cette période d'évaluation.

2/ Concertation et construction du projet de parcours personnalisé :

Un temps de concertation pluridisciplinaire permet la co-construction avec le jeune d'un projet d'accompagnement et de soin personnalisé, au bénéfice d'un projet de vie. Cette séance de concertation d'une durée d'une heure environ, permet seule une réelle personnalisation du parcours. Ce temps de concertation est préparé par le case manager (1 heure de préparation) et le temps de concertation lui-même est de 1 heure. Il regroupe le médecin psychiatre, le case manager, le neuropsychologue et l'assistante sociale. Il nécessite donc 1 heure de temps pour chacun de ces professionnels.

Le médecin (généraliste) traitant du jeune est convié à ce temps de concertation afin de l'impliquer dans la construction du projet, dans un objectif de travail d'emblée en réseau d'acteurs, et une rémunération correspondante à son temps investi (45 minutes de déplacement ou de présence en visioconférence, rémunérés 3C).

Selon les besoins d'aide prioritaires de la personne, le choix du profil du case manager est établi en fonction de son identité professionnelle (infirmier ou professionnel du médico-social) et de ses compétences propres. Chaque centre a la charge de décider des modalités de l'accompagnement, en particulier concernant la référence simple ou la multi-référence.

Ce temps de concertation constitue l'entrée réelle dans le parcours d'accompagnement.

Ce temps permet de proposer une offre de soutien à la famille du jeune accompagné.

Un courrier est envoyé à l'adresseur à ce stade, faisant état du contenu de la concertation et du projet personnalisé.

3/ Soins et accompagnements :

Les soins proposés se déclinent entre un panier de soins « socle », c'est-à-dire proposé à l'ensemble des jeunes inclus dans le parcours et un panier de soins personnalisé adapté aux besoins spécifiques de chaque jeune.

1. Présentation du panier de soins "Socle"

a. Consultations psychiatriques ou pédopsychiatriques, constituant une activité de « veille psychiatrique » permettant des réévaluations cliniques expertales itératives de la situation de risque de transition

Un suivi psychiatrique d'une fréquence au moins mensuelle est effectué pour chaque jeune accompagné.

Le rôle du psychiatre est :

- Évaluations et réévaluations cliniques des symptômes psychotiques et du risque de transition vers la psychose ;
- Évaluations et réévaluations cliniques des comorbidités psychiatriques à traiter (troubles anxieux et dépressifs, suicidalité...);
- Évaluation de la nécessité d'un traitement médicamenteux et suivi éventuel de ces prescriptions en fonction de l'évolution clinique du jeune inclus.

Ces ré-évaluations sont réalisées en coordination avec les case managers et rendues pertinentes par le croisement des regards cliniques. Le temps médical nécessaire à ce suivi est évalué à 1 heure mensuelle pour chaque jeune accompagné. Le psychiatre assure le suivi et les prescriptions médicamenteuses du jeune, selon les recommandations de l'Association Européenne de Psychiatrie (AEP) de manière harmonisée sur les 3 centres.

L'utilisation de moyens de détection formalisés est laissée à l'appréciation du médecin psychiatre.

Cette activité clinique est réalisée par un psychiatre ou un pédopsychiatre selon l'âge et les besoins spécifiques des jeunes.

b. Soins psychothérapeutiques préventifs spécifiques destinés aux UHR

Le dispositif DIPPE propose des soins psychothérapeutiques répondant aux recommandations de l'EPA (European Psychiatric Association) : les interventions d'orientation cognitivo-comportementale jouissent d'un soutien empirique suffisant pour être reconnues comme une méthode de prévention dans cette population.

Le dispositif propose donc **un programme intégratif de soins groupal spécifiquement dédié aux jeunes UHR**, proposé sur les deux premières années d'accompagnement par le dispositif DIPPE.

Ces soins ne sont pas proposés en pratique courante. Ces soins peuvent débuter en première année d'accompagnement par le dispositif ou en seconde année, en fonction des besoins du jeune et de sa capacité à y adhérer. Les simulations de groupe se sont basées sur un démarrage en année 1.

Les jeunes accompagnés bénéficient de 6 séances groupales de 2 heures sur leur première année d'accompagnement et de 6 séances de 2 heures d'approfondissement sur leur seconde année.

Chaque jeune UHR bénéficie donc de 24h de soins groupal, répartis sur une durée pouvant aller de 1 à 2 ans.

Il est à noter que certains jeunes peuvent bénéficier d'un suivi psychothérapique individuel non spécifique des situations d'UHR ou répondant à des besoins psychothérapiques particuliers non en lien avec la situation d'UHR. Ces soins psychothérapiques ont lieu au CMP du secteur de psychiatrie adulte ou de l'intersecteur de pédopsychiatrie ou en psychiatrie libérale. Ces soins non spécifiquement dédiés sont accessibles dans le droit commun, hors panier de soin « socle » du dispositif DIPPE et ne sont donc pas pris en charge par les forfaits du dispositif DIPPE.

c. Soutien des familles

Un programme de soutien des familles est proposé sur un volume de 6 séances de deux heures (3 séances la première année, 3 séances la deuxième année). Ces séances sont co-animées par un binôme de professionnels du dispositif spécifiquement formés : psychologue ou neuropsychologue, infirmier, pair-aidant.

d. Coordination avec les acteurs du parcours de soin et d'accompagnement

La cohérence d'ensemble du dispositif dépendra de sa capacité à s'inscrire dans une continuité de parcours et dans une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs intervenant autour du jeune. La réunion de synthèse, qui se tient chaque semestre, est l'une des modalités de coordination de l'ensemble des acteurs. Ces temps sont organisés par le case manager autour du jeune accompagné, avec l'accord et/ou sur proposition du jeune ; tout aidant peut être convié à ces temps de soutien. Dans le respect du secret médical partagé, les sujets abordés lors de ces moments de coordination sont soigneusement préparés avec le jeune par le case manager dans les jours précédant le groupe de soutien.

La présence possible du médecin traitant généraliste à cette instance de coordination permet d'assurer la continuité avec les soins généraux. Ce médecin traitant est convié de manière systématique. Ainsi, une meilleure coordination entre les soins psychiatriques et la médecine de ville permet une amélioration de la cohérence d'ensemble et un meilleur suivi global des jeunes accompagnés.

Ces acteurs sont :

- Sanitaires : soignants du CMP, santé scolaire et universitaire, médecin traitant, psychiatre libéral. Pour les praticiens libéraux, une indemnisation est prévue pour leur participation (3C).
- Sociaux : travailleurs sociaux, chargés d'insertion professionnelle...
- Aidants naturels : parents, amis, colocataires...
- Autres : éducateurs, enseignants, accompagnants de loisirs et de sports...

2. Présentation du panier de soins personnalisé

Un programme de remédiation cognitive est proposé aux jeunes présentant des troubles cognitifs caractérisés et sources de difficultés de fonctionnement invalidantes. Le temps de neuropsychologue ou de psychologue est de 3 heures par semaine (sur 40 semaines annuelles hors vacances scolaires)

par jeune pris en charge. Il est estimé que 25% des jeunes accompagnés en situation d'UHR devront bénéficier de soins de remédiation cognitive.

Ces effectifs sont basés sur la méta-analyse de Fusar-Poli et al (11) qui indique la présence de troubles neurocognitifs dans les populations de personnes UHR, avec une prévalence et une sévérité se situant entre la population générale et les sujets souffrant de psychose installée. De plus, il est prouvé que le fonctionnement neurocognitif peut permettre de prédire la transition psychotique (12). Le volume nécessaire de remédiation nécessaire pour les jeunes UHR n'est pas montré dans la littérature, qui suggère un accompagnement en remédiation cognitive pour chaque jeune UHR présentant des troubles cognitifs avérés (12).

Un suivi addictologique mensuel est proposé aux jeunes présentant un trouble lié à l'usage de substances (TLUS). Le temps médical dédié est de 30 minutes par jeune suivi et par mois, sur toute la durée des soins. Il est estimé que 25% des jeunes accompagnés en situation d'UHR devront bénéficier de soins spécialisés en addictologie. En effet, la revue de littérature de Crocker et al (4) indique qu'à l'entrée dans les soins, les jeunes présentant des troubles psychotiques débutants présentent dans environ 30% des cas des critères diagnostics d'abus de substances, principalement le cannabis. Il est prévu 0.1 ETP d'addictologue par convention de partenariat avec un professionnel dont le service ou l'unité de rattachement sera fonction du territoire (établissement hospitalier, structure médico-sociale).

Un suivi social est assuré par l'assistante sociale du dispositif, estimé à 1 heure chaque trimestre pour la moitié des jeunes inclus dans le dispositif.

Une présentation détaillée des programmes de soins socle et personnalisé est présenté en annexe 4.

3. Suivi intensif dans le milieu par les case managers

Le dispositif DIPPE offre un suivi intensif dans le milieu (ou « case management »). Il s'agit d'un accompagnement longitudinal intensif par un référent ou « case manager », nommé également « référent de parcours », ceci pendant une durée de trois ans.

La mise en place d'un tel dispositif d'accompagnement encourage le système de soin à privilégier d'emblée une logique de parcours pour cette population de jeunes adultes souffrant de troubles émergents.

Les principes détaillés de l'accompagnement de case management sont détaillés en annexe 5.

Le suivi est donc réalisé par un case manager ou « référent de parcours » pendant une durée de 3 ans, à un volume de 1 heure par semaine par jeune en moyenne sur la période. Ce volume comprend les actions d'évaluations itératives et toutes les modalités d'accompagnement et de suivi des projets décrites en annexe 5.

v/ Présentation de l'entité parcours PEP

Le diagnostic de Premier Episode Psychotique (PEP) qui correspond à des troubles francs déclarés est aisé à poser par tout intervenant médical du territoire, contrairement aux UHR. L'enjeu premier pour les PEP est donc moins la détection que l'engagement. Dans la même logique que les UHR et afin de satisfaire au mieux à sa mission de soutien précoce à cet engagement dans les soins, l'équipe DIPPE et particulièrement les case managers iront à la rencontre du jeune. Selon les préconisations, cette rencontre doit avoir lieu le plus tôt possible. Cette action a pour ambition de favoriser les soins ambulatoires, consentis, précoces et non stigmatisants, et donc à terme de minimiser le recours aux hospitalisations sous contrainte.

Les jeunes intégrant le parcours PEP répondent aux critères suivants :

- Jeunes ayant bénéficié de la séquence de consultation d'évaluation expertale PEP et ayant confirmé le diagnostic de PEP.
- Jeunes acceptant de s'inscrire dans le dispositif de suivi et de soins DIPPE pendant une durée de 3 ans.

Une représentation graphique du parcours de soins PEP est présentée en figure 6.

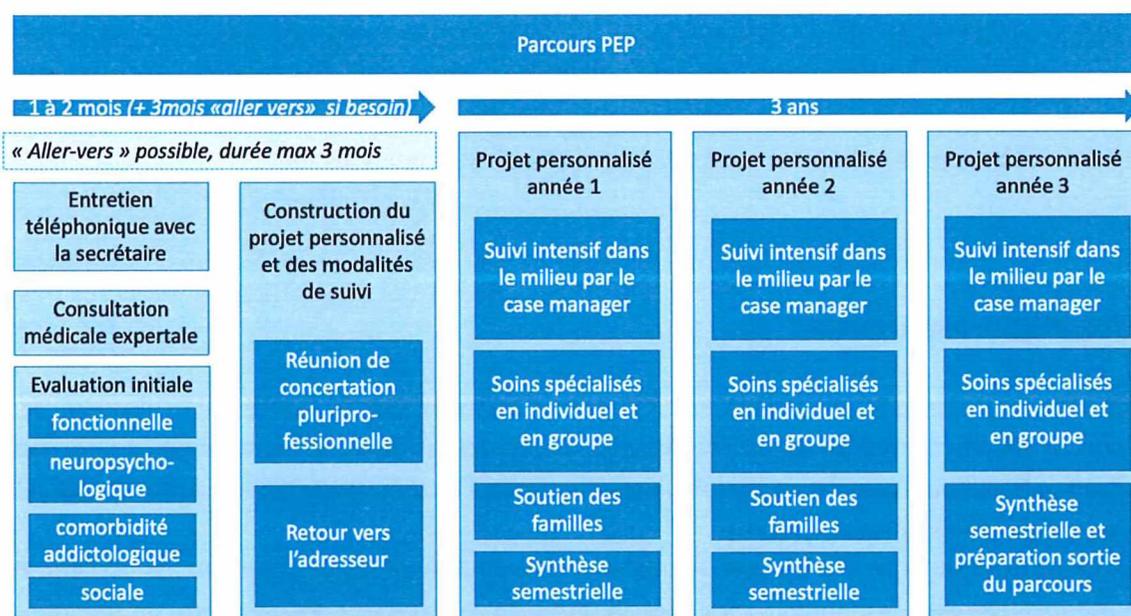


Figure 6. Parcours patient PEP

Pour les patients nécessitant une approche d' « aller vers », 3 mois supplémentaires pourront être nécessaires jusqu'à la consultation médicale expertale.

Ce parcours comprend plusieurs éléments :

1/ Evaluation fonctionnelle pluridisciplinaire :

Les mêmes modalités d'évaluation fonctionnelle, d'évaluation des comorbidités et des retentissements seront proposées aux jeunes PEP que celles proposées aux UHR.

- Une évaluation du fonctionnement réalisée par les case managers avec une durée totale de deux heures identique à celle proposée aux UHR.
- Un bilan neuropsychologique réalisé de manière systématique selon les recommandations (14) par un neuropsychologue.
- Une consultation d'évaluation de troubles addictifs comorbides (troubles liés à l'usage de substance, addictions comportementales) par un médecin addictologue, d'une durée d'une heure également réalisée pour chaque jeune inclus dans le dispositif.
- Une évaluation de la situation sociale proposée de manière systématique. Le temps de mobilisation de l'assistante sociale pour cette évaluation est de 2 heures.

2/ Concertation et construction du projet de parcours personnalisé :

Les mêmes modalités de construction du projet personnalisé sont également proposées par le moyen d'une concertation pluridisciplinaire d'une heure réunissant le case manager, le médecin psychiatre, le neuropsychologue et l'assistante sociale ; une coordination est effectuée avec les autres acteurs du soin éventuellement déjà présents dans l'accompagnement du jeune patient.

3/ Soins et accompagnements :

L'offre de soins proposés aux jeunes PEP s'inscrit en complément de l'offre déjà existante sur les secteurs de psychiatrie adulte ou les intersecteurs de pédopsychiatrie. Ne sont pris en compte dans le dispositif que les soins présentant une dimension expertale et spécialisée dans la prise en charge des PEP, non disponibles en soins courants.

De la même manière que pour les UHR, ces soins sont modélisés en deux catégories : un socle de soins proposé à l'ensemble des jeunes inclus dans le dispositif et des soins personnalisés en fonction des évaluations et des besoins retenus.

1. Présentation du panier de soins "Socle"

- a. **Suivi médical psychiatrique ou pédopsychiatrique spécialisé, constituant une activité de « veille psychiatrique » permettant des réévaluations cliniques expertales itératives de la situation clinique et de la surveillance de risque psychotique**

Ce suivi se déroule de la même manière que décrit pour les UHR, avec de surcroît une activité d'expertise pharmacologique et de suivi des traitements médicamenteux antipsychotiques. Il est réalisé par un psychiatre ou un pédopsychiatre.

b. Programme de soins psychothérapeutique groupal spécifiquement dédié aux jeunes PEP

Un programme de soin groupal dédié aux premiers épisodes est proposé aux jeunes patients :

Il s'agit d'un programme d'Education Thérapeutique du patient (ETP) spécifiquement dédié aux personnes ayant traversé un PEP. Le groupe accueille 10 patients maximum et est animé par deux soignants (binôme associant selon les besoins un psychologue, un infirmier et un pair aidant), sur 6 séances de 2 heures en première année de l'accompagnement et sur 6 séances de 2 heures en seconde année également.

Le programme de soins est décrit précisément en annexe 4.

c. Soutien des familles

Un programme de soutien des familles est proposé sur un volume de 6 séances de deux heures, réparti comme suit : 3 séances la première année, 3 séances la deuxième année.

Il est décrit précisément en annexe 4.

Les séances sont co-animées par un binôme de professionnels du dispositif spécifiquement formées : médecin psychiatre, neuropsychologue, infirmier, pair-aidant.

d. Coordination avec les acteurs du parcours de soin et d'accompagnement médicosocial

Elle est organisée selon les mêmes modalités que chez les UHR, selon des synthèses semestrielles.

2. Présentation du panier de soins personnalisé

Un programme de remédiation cognitive est proposé aux jeunes présentant des troubles cognitifs caractérisés et sources de difficultés de fonctionnement invalidantes, de la même manière que pour les jeunes présentant un UHR. Il est estimé que 50% des jeunes accompagnés avec un diagnostic de PEP devront bénéficier de soins de remédiation cognitive. Cette estimation se base sur une estimation des besoins cohérente avec l'offre proposée pour les UHR. La littérature a montré un effet significatif de la remédiation cognitive sur le pronostic fonctionnel des PEP (15), même si le volume recommandé n'est pas encore clairement défini par les études à ce jour : 32 à 40 heures permettraient des effets cognitifs modérés, mais un entraînement plus soutenu serait nécessaire pour consolider les acquis et pour améliorer les troubles de cognition sociale.

Pour la population des PEP, il peut être proposé un accompagnement spécifique par un pair-aidant professionnel, personne concernée par un diagnostic de trouble psychique et en situation de rétablissement. Il est montré que dans les phases précoces du rétablissement, en particulier dans la période de moratoire, la possibilité d'une rencontre et d'échanges avec une personne concernée par

des troubles et incarnant le porteur d'espoir est particulièrement bénéfique. Le pair-aidant fonde son accompagnement sur une approche empathique et un partage d'expérience : l'expérience des troubles mais surtout celle du mieux-être, de la reconquête d'un parcours de vie, d'un rétablissement incarné et rendu possible.

Il est estimé que 50 % des jeunes PEP rencontreront les pairs de manière ponctuelle, et que 20% d'entre eux bénéficieront d'un accompagnement entre pairs, au rythme d'une rencontre de 1 heure toutes les 2 semaines pendant 1 an. Cette estimation est basée sur l'expérience clinique, considérant les besoins et l'acceptabilité de ce type d'accompagnement pour une partie et non l'ensemble de la population accompagnée, au cas par cas. Le développement du soutien entre pairs dans le champ des PEP est innovante et prometteuse (16).

La situation des pairs-aidants au sein des équipes est fonction du terrain, de la préparation des soignants et des professionnels intervenant dans le dispositif DIPPE et au sein de l'établissement. Ils peuvent être salariés et pleinement intégrés dans l'équipe ou bien intervenir en tant que vacataires.

Un suivi addictologique mensuel est proposé aux jeunes présentant un trouble lié à l'usage de substances. Il est estimé que 25% des jeunes accompagnés en situation de PEP devront bénéficier de soins addictologiques grâce à une vacation de médecin addictologue. Le temps médical dédié est de 30 minutes par jeune suivi et par mois, sur toute la durée des soins.

Un suivi social est assuré par l'assistante sociale du dispositif, estimé à 1 heure chaque trimestre pour la moitié des jeunes PEP inclus dans le dispositif. Ce suivi consiste en une activité de conseil et d'orientation, en lien étroit avec les acteurs de terrain du champ social et médico-social.

Une présentation détaillée des parcours de soins socle et personnalisée est présentée en annexe 4.

3. Suivi intensif dans le milieu de vie sur une durée de trois ans

Les mêmes prestations de suivi intensif par les case managers que celles proposées aux personnes à UHR et décrites plus haut seront disponibles. Le suivi nécessaire étant de plus grande intensité du fait de la plus grande intensité des symptômes cliniques et de la détérioration fonctionnelle, le temps hebdomadaire prévu pour chaque jeune PEP est de 1h30.

Ces prestations sont présentées en détail en annexe 5.

vi/ Modalités de sortie du dispositif DIPPE

1/ Pas d'indication à une intégration parcours au terme de la séquence de consultation :

Dans ce cas, le jeune sort du dispositif après la séquence de consultation, sans avoir bénéficié d'un suivi, hormis les actions éventuelles d'aller-vers des case managers. Il/elle rejoint si nécessaire des soins de droit commun : il est adressé au CMP de pédopsychiatrie, de psychiatrie d'adulte ou en psychiatrie libérale.

2/ Sortie du dispositif au terme des 3 ans de suivi

De même, le patient est accompagné vers les soins courants au CMP ou en psychiatrie libérale. Ce relais est préparé avec le jeune au moins 6 mois avant la fin du suivi DIPPE afin d'éviter les ruptures de parcours.

3/ Perdus de vue ou demande d'arrêt de l'accompagnement

Dans certaines situations, le jeune suivi au sein du dispositif DIPPE souhaitera un arrêt de sa prise en charge, ou des contraintes ne lui permettront pas de poursuivre le suivi. Dans cette situation, un arrêt de suivi libèrera sa place et une autre inclusion sera possible, afin d'atteindre le nombre de 25 nouveaux suivis annuels sur les 3 premières années.

En cas de perdu de vue, un délai de 3 mois sans nouvelle reprise du suivi permettra de libérer la place du jeune.

4/ Transition psychotique

Dans le cas où un jeune UHR suivi au sein du dispositif traverserait une transition psychotique pendant les 3 ans de son accompagnement, il sera considéré comme arrêtant le parcours UHR pour, s'il le souhaite, débiter un parcours de suivi PEP en débutant son suivi à zéro, comme s'il s'agissait d'une nouvelle prise en charge.

b/ Population Cible

Les critères d'inclusion dans l'expérimentation sont :

- Jeunes âgés de 15 à 30 ans au moment de la prise de contact ;
- Jeunes en situation de souffrance psychique et présentant des signes d'alerte UHR détectés par des acteurs de premier recours, soignants ou accompagnants sociaux, ou entourage et répondant aux critères de sélection utilisés lors du screening réalisé par téléphone par la secrétaire médicale ;
- Jeunes ayant traversé un à trois premier(s) épisode(s) de fragilisation psychique majeure comportant des symptômes psychotiques, associés ou non à une symptomatologie thymique ;
- Ne souffrant pas d'une pathologie organique du système nerveux central ;
- Ayant présenté des difficultés psychiatriques caractérisées depuis moins de 5 ans.

Les critères d'exclusion de l'expérimentation sont :

- Jeunes âgés de moins de 15 ans ou de plus de 30 ans ;
- Jeunes dont les troubles psychiatriques se sont installés depuis plus de 5 ans à la date de la prise de contact ;
- Nombre d'épisodes aigus de nature psychotique établie supérieur à 3 ;

- Diagnostic de trouble psychotique, de schizophrénie, de trouble bipolaire posé au préalable par un psychiatre selon les critères diagnostiques établis ;
- Diagnostic posé de troubles envahissants du développement connus, d'épilepsie, de retard mental, ou de pathologie organique à expression psychique.

c / Effectifs concernés par l'expérimentation

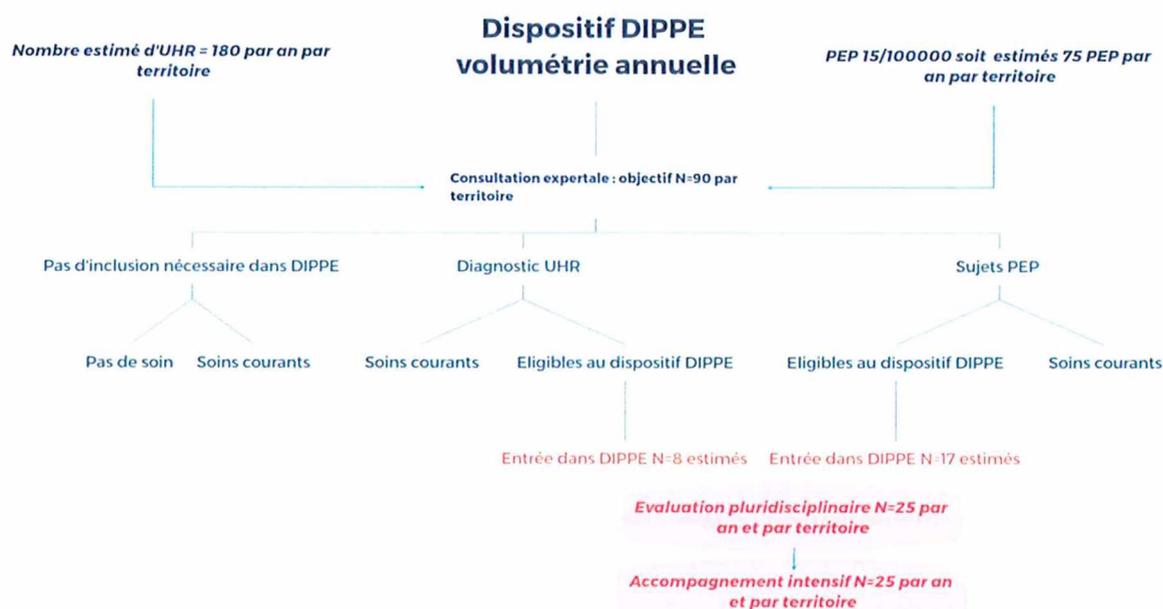


Figure 7. Volumétrie du dispositif DIPPE par an et par territoire

Volumétrie de la consultation de détection :

Le bassin de population de chacun des trois territoires est d'environ 500 000 habitants.

1. Estimation de la volumétrie potentielle des jeunes PEP par territoire :

L'incidence des PEP est de 15 pour 100 000 habitants par an en France, ce qui équivaut pour le bassin de population de chaque territoire concerné à 75 nouveaux jeunes par an présentant un Premier Episode psychotique (PEP). Sur chaque territoire, le dispositif DIPPE serait donc en mesure d'inclure au maximum 75 jeunes PEP par an.

2. Estimation de la volumétrie potentielle des jeunes UHR par territoire :

L'estimation des jeunes UHR potentiellement intégrables dans le parcours UHR s'appuie sur un raisonnement déductif hypothétique : si 1/3 des UHR non pris en charge déclenche 1 PEP, on peut penser que les 75 cas annuels de PEP répertoriés représentent ce tiers et que le nombre global d'UHR avoisine donc les 225 cas/an. Néanmoins c'est sans compter sur les différentes modalités d'entrée dans la psychose : brutal et sans aucun élément prodromique pour 20 % ; plus lent pour les 80 %

restants qui équivalent au groupe UHR, ce qui rabaisserait le nombre d'UHR à 180/an et par territoire. En effet, les jeunes présentant un PEP sans élément prodromique n'ont pas eu de période durant laquelle ils auraient pu être détectés comme UHR.

3. Objectifs d'inclusions dans le dispositif DIPPE par territoire :

Etant donné l'accès aux soins, le maillage territorial à construire avec les différents adresseurs et les possibilités restreintes du dispositif expérimental de détection, un objectif annuel de 90 patients pour chacun des 3 territoires pour la consultation expertale de détection et l'évaluation clinique est fixé.

Parmi ces 90 consultants, toujours en fonction des capacités du dispositif d'expérimentation autant que des critères d'inclusion et de non-inclusion, un objectif de 25 sujets minimum intégrant le dispositif DIPPE est fixé par an et par territoire. La répartition entre UHR et PEP sera variable selon les territoires et les années de déploiement du dispositif. Cette répartition fera l'objet d'un suivi au cours de l'expérimentation. Afin de permettre une estimation des besoins en personnel, la modélisation se base sur une répartition des UHR et PEP respectivement de 8 et 17 patients. Cette répartition permet de respecter deux objectifs : une équipe pivot d'au moins 4 case managers, chiffre estimé comme indispensable à un bon fonctionnement d'équipe avec une file active pleine de 75 sujets par an, et *case-load* conforme aux recommandations. La priorisation d'un soin et d'un accompagnement de bonne qualité pour les PEP est ici considérée comme prioritaire, même si la file active d'UHR est probablement sous-estimée. Cette dernière pourra être réajustée au cours du temps, en fonction des filières d'adressages orientant les jeunes suspectés d'UHR de manière progressivement plus précoce.

Durant la période de mise en place du dispositif, la montée en charge prévisionnelle est donc la suivante :

- 25 usagers la première année par site (soit 75 usagers pour les 3 sites)
- 50 usagers la deuxième année (25 + 25) par site (soit 150 usagers pour les 3 sites)
- 75 usagers la troisième année (50 + 25) par site (soit 225 usagers pour les 3 sites)

Ces chiffres pourront être modulés en fonction des sites en cas d'inégalités de recrutement entre les sites, à la suite d'un accord collégial entre les porteurs des 3 sites.

Années	File active (hors sorties prématurées ou perdus de vue)	Nouveaux patients	Patients sortis à la fin du parcours
1	25	+25	0
2	50	+25	0
3	75	+25	0
4	50	+0	25
5	25	+0	50
TOTAL		75	75

Figure 8a. Tableau des inclusions et de suivi pour chacun des territoires

Années	File active (hors sorties prématurées ou perdus de vue)	Nouveaux patients	Patients sortis à la fin du parcours
1	75	+75	0
2	150	+75	0
3	225	+75	0
4	150	+0	75
5	75	+0	150
TOTAL		225	225

Figure 8b. Tableau des inclusions et de suivi pour l'ensemble des 3 territoires

L'expérimentation dure 5 ans avec inclusion de nouveaux patients jusqu'à la 3^{ème} année comprise. Les prises en charge commencées en 3^{ème} année se poursuivent jusqu'à la fin de la 5^{ème} année.

d/ Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

i/ Réseau des adresseurs

Il s'agit d'un réseau d'acteurs de la société civile intervenant autour des jeunes, décrits en annexe 3. Les adresseurs devront bénéficier de sensibilisations qui se déroulent lors de la période de mise en place du dispositif, afin de savoir dans quelles situations et de quelle manière il est opportun d'adresser les jeunes au DIPPE.

ii/ L'équipe ressource par centre

Il s'agit du noyau central pluridisciplinaire assurant la mise en œuvre du panier de soins. Elle se compose d'une équipe pluridisciplinaire comportant en 3^{ème} année de mise en œuvre :

- Médecin psychiatre ou pédopsychiatre 1,1 ETP
- Neuropsychologue 1,1 ETP
- Psychologue clinicien 0,7 ETP
- Assistante sociale 0,5 ETP
- Secrétaire AMA Assistante Médico-Administrative 0,5 ETP
- Infirmier 0,5 ETP
- Cadre de santé 0,2 ETP
- Chargé de mission médico-social 0,2 ETP
- Pair-aidant 0,5 ETP
- Addictologue 0,1 ETP
- Case managers 4 ETP

- Médecin généraliste (contributeur)

En fonction des besoins spécifiques des jeunes accompagnés par le dispositif, l'équipe ressource peut solliciter des soins ou des accompagnements complémentaires via le réseau local d'acteurs intervenants autour des jeunes, dans différents champs.

Les case-managers sont garants de la bonne réalisation et du bon déroulement des différentes actions sollicitées par l'équipe ressource, par des actions spécifiques décrites dans le prochain paragraphe.

Ce réseau local d'acteurs est décrit dans le paragraphe suivant.

iii/ Rôle particulier des case managers

Les modalités de suivi intensif proposé par les case-managers ont été décrites dans les paragraphes précédents « parcours ».

Les case managers viennent de champs professionnels différents (infirmier, assistant social, éducateur spécialisé). L'équipe de case managers est mixte pour conforter cette articulation essentielle entre le sanitaire et le médico-social. Le choix du mode d'accompagnement en case management est décidé en fonction de l'évaluation clinique et fonctionnelle initiale, lors d'une réunion de coordination hebdomadaire.

Cette équipe dédiée au dispositif dans des compétences et des apports croisés entre le sanitaire et le médico-social, dans cette idée d'appartenance à une seule et même équipe tout en étant dans deux champs d'accompagnement renforce et met en lumière ce projet innovant. Mettre au défi et en action dans l'accompagnement de ces personnes au titre d'un parcours global coordonné entre différents professionnels sanitaires, médico-sociaux et au sein de structure de droit commun est tout l'enjeu.

Cette profession de case manager ne peut pas actuellement être prise en charge par le droit commun. En effet, le personnel des structures actuelles ne peut pas être désigné comme case manager car cette mission n'existe pas. Le rôle est tacite. Aujourd'hui il n'y a aucun équivalent à ce rôle dans le panel des professionnels. Ce dernier panel doit être mixte, sanitaire et médico-social. Le case manager issu d'une structure médico-sociale partenaire du projet intervient auprès d'une population non reconnue comme handicapée. Mais il peut s'appuyer sur les ressources médico-sociales locales.

iv/ Liens avec le réseau territorial d'acteurs intervenant autour des jeunes accompagnés

Le réseau territorial d'acteurs est constitué de l'ensemble des interlocuteurs permettant d'accompagner les jeunes dans la réalisation de leurs soins, du maintien ou de la mise en œuvre de leurs projets en lien avec l'équipe ressources. Ce réseau peut se trouver au sein du milieu sanitaire hospitalier, ou à l'extérieur de l'hôpital, dans la cité.

Dans le champ sanitaire :

- Secteurs de psychiatrie adulte ou inter-secteurs de pédopsychiatrie ou de soins pour

- adolescents,
- Centres de proximité de Réhabilitation Psychosociale,
- Urgences psychiatriques,
- Maisons des Adolescents (MDA),
- Médecine libérale, médecins généralistes et psychiatres libéraux,
- Services d'addictologie,
- Consultations Jeunes Consommateurs (CJC),
- Services des hôpitaux généraux (Urgences pédiatriques, services de médecine...)
- ...

Le réseau territorial de professionnels du médico-social et du social intervenant auprès des jeunes de 15 à 30 ans et susceptibles, d'une part de participer au repérage, à l'adressage vers ce dispositif, et d'autre part d'aider à œuvrer dans le sens de l'inclusion de ces jeunes :

- Secteur scolaire (ex : Education nationale, Handisup à Nantes, Mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS), Maisons Familiales Rurales (MFR), Centre de Formation d'Apprentis (CFA))
- Missions Locales,
- Aide Sociale à l'Enfance (ASE),
- Maisons de quartiers,
- Maisons des solidarités,
- Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA),
- Acteurs de l'insertion professionnelle (CAP emploi, dispositifs emploi accompagné, ADAPEI, Agefiph, ESAT hors les murs...)
- ...

e/ Terrain d'expérimentation

Ce projet concerne prioritairement les territoires de santé de la Loire Atlantique, du Maine et Loire et de la Sarthe, pour la partie couverte par les établissements publics de santé : CHU de Nantes, CESAME et EPSM de Sarthe. Il est décliné ci-après selon les caractéristiques de chacun de ces territoires et en particulier de l'offre de soins déjà existante à laquelle le projet devra s'articuler, ainsi que de ses spécificités sociodémographiques et épidémiologiques.

Les détails par département figurent en annexe 7.

f/ Durée de l'expérimentation

La durée envisagée est de 5 ans, à partir de la première inclusion, pour la mise en place du dispositif DIPPE et permettre une première évaluation des impacts attendus. La fin de la période d'inclusion est fixée à la fin de la 3^{ème} année après la première inclusion. La période d'inclusion est de 3 ans et la durée de suivi peut aller de 2 ans (mini) à 3 ans (maxi).

Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation

Phase 0 : 6 mois, le temps « d'amorçage »

- Mettre en place un dispositif d'information et de sensibilisation au parcours auprès des adresseurs (médecin généraliste, psychiatre, médecin scolaire, SPIP, champ médico sanitaire).
- Formation des cases managers.
- Formation des soignants aux outils de la réhabilitation psychosociale (soins spécifiques PEP et UHR avec des programmes ETP, TCC...).

Année 1 : montée en charge des équipes pour atteindre 75 patients (hors consultation)

Année 2 : montée en charge des équipes pour atteindre 150 patients (hors consultation)

Année 3 : montée en charge des équipes pour atteindre 225 patients (hors consultation)

Année 4 : arrêt des inclusions, première réduction des case managers, évaluation du pronostic, bénéfiques pour les patients ayant été pris en charge dans ce dispositif DIPPE et de leur satisfaction par rapport à la prise en charge proposée.

g/ Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

i/ Gouvernance par le COPIL

Le projet fait l'objet d'un COPIL réunissant les porteurs de projet, sanitaire et médico-social de chaque territoire, un représentant de l'ARS et de l'Assurance Maladie (AM).

La mission du COPIL est de :

- Assurer un suivi de la mise en œuvre du projet au sein des trois territoires,
- Favoriser les partages d'expérience,
- Partager les supports de communication,
- Assurer la coordination de l'évaluation du projet, notamment à partir d'indicateurs communs.

Le COPIL est coordonné par le CReHPsy, dans le cadre de ses missions. Il se réunit au minimum deux fois par an.

ii/ Déclinaison dans chaque territoire

Au sein de chaque territoire, une convention entre les porteurs de projet prévoit :

- Les modalités d'organisation et de management de l'équipe,
- Les modalités de recrutement,

- La répartition des moyens entre partenaires,
- La répartition des effectifs de l'équipe.

Dans chaque territoire, l'équipe détermine notamment :

- Les modalités de communication auprès des différents acteurs,
- Les objectifs de répartition entre PEP et UHR.

Le fonctionnement de chaque équipe de territoire comprend :

- Un temps d'échange journalier
- Un temps de fonctionnement hebdomadaire
- Une réunion tous les deux mois de l'ensemble de l'équipe, avec des représentants des deux structures partenaires
-

iii/ Organisation mise en place autour d'une articulation sanitaire et médico-sociale : la place de l'encadrement

Le caractère innovant du projet tient à la constitution d'une équipe dédiée avec des compétences et des apports croisés entre le sanitaire et le médico-social, avec un sentiment d'appartenance à une seule et même équipe tout en étant dans deux champs d'accompagnement.

A ce titre, la place de l'encadrement appuie cette configuration et ce travail de mise en lien. Cette équipe mixte constitue un des véritables intérêts du projet, la place de l'encadrement soutenant cette coordination et cette articulation pour une meilleure efficacité dans la complémentarité.

Cette organisation implique une indispensable jonction et coordination entre les membres de l'équipe et les partenaires investis dans le projet.

Elle pourra prendre différentes formes en fonction des particularités des territoires et des opportunités au sein des structures partenaires. Elle pourra prendre la forme d'un cadre chargé de l'encadrement de l'équipe et d'un chargé de mission référent du dossier, issus des deux structures partenaires. Le chargé de mission serait une ressource pour la mise en lien avec le champ social et de l'accompagnement.

Pour autant il est nécessaire de déterminer les contours de cette mise en pratique.

L'équipe de case-managers est formée autour de champs professionnels différents dans des compétences spécifiques. Cette équipe mixte dédiée est constituée notamment d'infirmiers et de professionnels médico-sociaux. L'encadrement devra veiller à porter cette spécificité et mettre en pratique cette articulation dans les accompagnements. Il devra s'appuyer sur l'expertise et la connaissance des réseaux propres aux champs d'intervention des deux secteurs d'appartenance, afin de venir soutenir une dynamique d'équipe singulière.

Cette complémentarité des approches sanitaires et médico-sociales vise à répondre, en lien avec l'équipe, à la variabilité d'acceptation des difficultés liées aux troubles psychiques, mais également à

la multiplicité des problématiques sociales et des pathologies somatiques rencontrées par les personnes accueillies.

La place de l'encadrement est présentée en détails en annexe 6.

iv/ L'organisation du travail

- Pluridisciplinarité

Les institutions doivent permettre une réflexion collective et pluri-professionnelle continue. Le travail en équipe, dans différents lieux et niveaux d'élaboration permet de créer les conditions nécessaires à l'accompagnement des personnes dans leurs démarches de soin et de réhabilitation psychosociale.

Ce travail pluridisciplinaire est l'espace de confrontation d'une parole partagée, d'une écoute. Il est le lieu d'élaboration privilégié du sens du travail, au service d'une ambition, celle d'adapter constamment ses pratiques aux usagers que l'équipe de professionnels rencontre.

Ainsi, adapter les interventions et individualiser les réponses ne peut se faire que si l'institution permet de créer des espaces de pensée, d'élaboration, d'échange, où la relation d'accompagnement est sans cesse interrogée et revisitée par les professionnels engagés dans le lien d'accompagnement.

- Notion de référence éducative

La référence éducative est une pratique agissant dans le sens de la continuité, la globalité et la cohérence du parcours/projet de vie avec des niveaux d'intervention différenciés : référence individuelle, référence en binôme, référence multiple ou référence institutionnelle. Les case-managers référents constituent des personnes ressources, qui dans la continuité, coordonnent l'ensemble des accompagnements déterminés avec l'utilisateur. Ils garantissent ainsi la flexibilité et la variabilité de l'intensité des interventions.

- Réunions

Plusieurs temps de réunions participent à la mise en œuvre du suivi pluridisciplinaire. Ce sont des outils essentiels au bon fonctionnement du service, à la coordination des actions à mener.

Ces temps de réunions d'équipe correspondent à des niveaux différents d'élaboration collective, pour autant nécessaires à la mise en place d'accompagnements les plus justes possible.

Plusieurs réunions pourront être nécessaires : des réunions de coordination et de supervision clinique courtes quotidiennes, des réunions de service de manière hebdomadaire, des réunions de concertation semestrielles, des réunions d'ordre institutionnel, des réunions d'analyse de la pratique, des commissions de travail par service ou transversales institutionnelles ou associatives autour de thématiques définies et autres réunions qui seront jugées pertinentes au sein de chaque déclinaison territoriale.

- Formation

Un processus de formation continue sera engagé afin de maintenir les compétences théoriques et pratiques en tension, et d'assurer un accompagnement le plus juste possible. Les formations complémentaires de l'équipe permettent une approche plurielle, nécessaire dans l'appréhension des

situations des personnes accompagnées et constitue une ressource pour le travail sur la gestion de cas complexes.

- Confidentialité – Secret partagé

Les professionnels, dans le cadre des échanges professionnels autour des situations individuelles des usagers, seront soumis soit à la confidentialité, soit au secret partagé.

La mission exercée par l'équipe, exige sur le plan déontologique, une discrétion et un respect de la vie privée des personnes accompagnées. Les professionnels sont tenus comme tout citoyen à un devoir de discrétion et à une obligation de ne pas porter atteinte à la vie privée (article 9 du code civil). A cette fin, le secret partagé permet aux professionnels d'échanger des informations concernant un usager, lorsque cela est nécessaire, pertinent et non excessif.

Il est donc nécessaire de faire appel à ces notions pour envisager le partage d'informations. Chaque situation doit faire l'objet d'une réflexion individuelle de la part de la personne qui en est porteuse avant d'être partagée, au sein de l'équipe de travail.

Dans le cadre des échanges formels tels que concertations, synthèses... les écrits sont portés au dossier de l'utilisateur et la personne accompagnée doit être informée de la possibilité de le consulter.

- Locaux

Les locaux seront à la lumière de chaque déclinaison territoriale. Pour l'ensemble, ce doit être un lieu et espace dédiés. A titre indicatif, nous pourrions retrouver pour chaque lieu :

- o Un espace d'accueil et de rencontre dont le cadre sera rendu agréable par la décoration (plantes vertes, mobiliers). La salle sera munie d'un équipement informatique connecté à internet et mis à disposition des personnes pour des recherches d'informations. Cet espace pourra être équipé d'une bibliothèque, de panneaux d'informations générales et spécifiques, d'un distributeur de boissons chaudes mis à disposition.
- o Des bureaux des membres de l'équipe,
- o Une salle de réunion,
- o Un vestiaire et une tisanerie pour le personnel,
- o Un local de stockage,
- o Des sanitaires destinés aux usagers et aux visiteurs,
- o Des sanitaires destinés au personnel.

- Relation d'employeur de l'équipe

A ce jour et au regard des spécificités territoriales et des réalités institutionnelles, la question du portage des contrats de travail devra être traitée et validée sur chacun des sites. Dans certains cas il sera jugé plus pertinent que l'ensemble de l'équipe soit embauché par un seul employeur, dans d'autres cette responsabilité pourra être partagée par le sanitaire et le médico-social. L'organisation des liens hiérarchiques et des liens fonctionnels entre le cadre et l'équipe devront être déterminés sur chaque territoire.

- Système d'information

Dans chaque territoire, l'ensemble des équipes utiliseront le dossier patient informatisé de l'établissement public de santé. Les trois établissements publics de santé ne disposent pas du même dossier patient informatisé.

Les professionnels des équipes, quelle que soit leur catégorie professionnelle (du secteur sanitaire ou médico-social), auront accès aux dossiers patients de leur établissement (modalités de confidentialité contractualisées).

Pendant la phase de préamorçage, les trois sites détermineront les éléments nécessaires dans le dossier, pour en assurer leur extraction et leur suivi. Afin de mener cette mission, sont prévus :

- un temps de technicien d'information médicale pour assurer cette mission commune aux trois sites,
- ainsi que quelques travaux de paramétrage sur les dossiers patients.

Puis, pendant la durée de l'expérimentation, des éléments nécessaires au suivi d'activité seront extraits tous les trimestres par un technicien d'information médicale, permettant des discussions inter-centres sur la base des paramètres communs de suivi et un pilotage global de l'expérimentation. Des éléments nécessaires à l'évaluation seront extraits en fonction du protocole d'évaluation qui sera défini ultérieurement après autorisation du projet.

5/ Financement de l'expérimentation

a/ Modèle de financement

Le modèle médico-économique induit par ce projet permet un regroupement d'activités et de services associant secteur sanitaire, médico-social et exercice libéral. Tout l'intérêt de ce regroupement d'acteurs différenciés est de focaliser le parcours d'un patient par une seule allocation financière, ce qu'on appelle en anglais « **Bundling** ». Le modèle économique recherché sera donc celui d'un « **Bundles** », lesquels sont des modes de rémunération intermédiaires entre des paiements atomisés (Type T2A) et globalisés (Type DAF).

Le modèle de financement complémentaire et substitutif à l'épisode de soins comprend trois forfaits distincts :

- Un forfait pour l'entité parcours de consultation médicale expertale, sans intégration dans les parcours PEP et UHR : ce forfait n'est pas cumulable avec les deux autres.
- Un forfait annuel pour l'entité parcours PEP : ce forfait est renouvelable deux fois par patient.
- Un forfait annuel pour l'entité parcours UHR : ce forfait est renouvelable deux fois par patient, et peut être suivi des forfaits PEP dans la limite des trois ans de suivi intensif PEP (ex : pour un patient, au maximum, le parcours serait : forfait UHR en année 1, forfait UHR en année 2, forfait PEP en année 3, forfait PEP en année 4, forfait PEP en année 5) et du terme des 5 ans de l'expérimentation, en cas de transition psychotique.

A ces forfaits, s'ajouteront les charges de structure au titre de la prestation dérogatoire sous forme de dotation. Des crédits d'amorçage et d'ingénierie complètent le modèle de financement.

Les trois porteurs percevront les versements au titre des prestations dérogatoires et des CAI, et seront en charge des reversements aux partenaires expérimentateurs le cas échéant.

b/ Modalité de financement de la prise en charge proposée

Chaque forfait prend en compte :

- Un socle avec un panier de soins et d'accompagnement individuel ou en groupe ainsi que des temps de synthèse.
- Une offre personnalisée en fonction des besoins du patient, avec le pourcentage prévisionnel de la file active concernée. La demande de financement au titre de l'article 51 concerne un forfait par patient accompagné. Ce forfait prend en compte l'ensemble des frais en lien avec ce nouveau mode de détection et d'accompagnement, pour la consultation expertale et d'évaluation (90 jeunes/an concernés par cette consultation, nombre déterminé par rapport aux capacités d'accueil du dispositif) et les prestations suivantes s'ajoutant à l'offre habituelle/l'existant pour la file active de jeunes patients suivis par le dispositif DIPPE.

La modélisation financière est basée sur 90 patients vus en consultations expertales et d'évaluation chaque année sur chaque territoire avec :

- 65 n'intégrant pas le dispositif d'accompagnement et de soins (réorientés)
- 8 intégrant le parcours d'accompagnement et de soins UHR
- 17 intégrant le parcours d'accompagnement et de soins PEP

La demande de financement concerne :

- Sur le FISS, des forfaits comprenant essentiellement :
 - o Evaluation pluriprofessionnelle (médecin, neuropsychologue, IDE, travailleurs sociaux, éducateur)
 - o Action des case managers
 - o Soins spécifiques ETP/TCC
 - o Forfait pour les médecins généralistes pour les participations aux synthèses semestrielles
- Sur le FIR :
 - o Aide au démarrage via la formation au case management de l'équipe, les travaux sur le système d'information, ainsi que la création d'un outil de communication
 - o Sensibilisation des partenaires (médecine générale, médecine scolaire et universitaire, psychiatres libéraux...)

Cette demande de financement concerne les nouvelles inclusions jusqu'en fin de 3^{ème} année.

i/ Méthode de calcul utilisée

Les forfaits sont bâtis à partir des éléments décrits ci-après.

i-1/ La détermination des forfaits

Les tarifs ont été calculés à partir du panier de soin, des synthèses individuelles et du temps de fonctionnement et de coordination de l'équipe.

1. Forfait parcours de consultation détection/évaluation expertale sans intégration dans les parcours PEP et UHR :
 - Valorisation des heures de prise en charge, et du prorata des heures pour les prises en charge optionnelles
 - Volume de 65 consultations annuelles par site, qui ne se poursuivent pas en forfait UHR ou PEP
 2. Forfaits PEP et UHR :
 - Forfait annuel, réalisé à partir d'une moyenne des heures de prise en charge sur les 3 années, de la détection jusqu'à la sortie du dispositif en année 3, au prorata pour les prises en charge optionnelles
 - Intégration de 25 nouveaux patients par territoire dans les parcours : 8 UHR et 17 PEP
 - Organisation de 2 séries de groupe par an et par parcours, avec des groupes de 6 patients
 3. Prise en compte d'heures de fonctionnement et de coordination, réparties dans les forfaits à partir du prorata suivant :
 - 95 % pour les parcours, puis par nombre de patient
 - 5 % pour les consultations/détection, puis par nombre de patient
- Exclusion des charges de structure (loyer, véhicule, système d'information...) pour lesquels un financement complémentaire est sollicité

Forfait de l'entité parcours de consultation détection/évaluation expertale, non suivi d'un suivi intensif PEP ou UHR : 590 €

	Panier de soins (en h)		Contribution au fonctionnement et à la coordination (en h)	Total (en h)	Salaire moyen (en €)	Coût de la consultation/détection
	Socle	Personnalisé				
CM	0	2,1	0,53	2,6	60 000 €	101 €
Médecin psychiatre	4		0,10	4,1	120 000 €	314 €
Psychologue	3		0,26	3,3	58 000 €	121 €
IDE	0		0,13	0,1	59 000 €	5 €
Addictologue	0		0,00	0,0	120 000 €	- €
Ass. Social	0		0,13	0,1	51 000 €	4 €
Pair aidant	0		0,13	0,1	54 000 €	5 €
Encadrement			0,49	0,5	68 000 €	21 €
AMA			0,60	0,6	50 000 €	19 €
					Total	590 €

Forfait annuel de l'entité parcours UHR : 5 787 €

Nombre d'heures prise en charge individuelle et synthèse par patient

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet (en h)		Année 1		Année 2		Année 3	
			Individuel et synthèse (en h)		Individuel et synthèse (en h)		Individuel et synthèse (en h)	
	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)
CM	4	2,1	50		50		50	
Médecin psychiatre	5		14		14		14	
Psychologue	8		3	30	3		3	
IDE	0		3		3		3	
Addictologue	1		0	1,5	0	1,5	0	1,5
Ass. Social	3		3	2	3	2	3	2
Pair aidant	0		0					

Nombre d'heures prise en charge groupale par patient

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet	Année 1	Année 2	Année 3
		Groupe (en h)	Groupe (en h)	Groupe (en h)
CM				
Médecin psychiatre				
Psychologue		5,3	5,3	
IDE		5,3	5,3	
Addictologue				
Ass. Social				
Pair aidant				
Encadrement				

Nombre d'heures de fonctionnement par patient

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet	Année 1	Année 2	Année 3
		Fonctionnement (en h)	Fonctionnement (en h)	Fonctionnement (en h)
CM	0,5	8,7	8,7	8,7
Médecin psychiatre	0,1	1,7	1,7	1,7
Psychologue	0,3	4,4	4,4	4,4
IDE	0,1	2,2	2,2	2,2
Addictologue	0,0	0,0	0,0	0,0
Ass. Social	0,1	2,2	2,2	2,2
Pair aidant	0,1	2,2	2,2	2,2
Encadrement	0,5	8,0	8,0	8,0
AMA	0,6	9,9	9,9	9,9

Coût moyen annuel

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet (en h)	Année 1 (en h)	Année 2 (en h)	Année 3 (en h)	Total (en h)	Salaire moyen (en €)	Coût moyen annuel de prise en charge (en €)	
CM	6,6	58,7	58,7	58,7	182,8	60 000	2 247	
Médecin psychiatre	5,1	15,7	15,7	15,7	52,3	120 000	1 203	
Psychologue	8,3	42,6	12,6	7,4	70,8	58 000	772	
IDE	0,1	10,4	10,4	5,2	26,2	59 000	327	
Addictologue	1,0	1,5	1,5	1,5	5,5	120 000	115	
Ass. Social	3,1	7,2	7,2	7,2	24,7	51 000	233	
Pair aidant	0,1	2,2	2,2	2,2	6,7	54 000	75	
Encadrement	0,5	8,0	8,0	8,0	24,6	68 000	348	
AMA	0,6	9,9	9,9	9,9	30,4	50 000	317	
					Total		5 637	
Médecins généraliste 3C pour synthèse semestrielle avec médecin adresseur								150
							Total	5 787 €

Forfait annuel de l'entité parcours PEP : 7 568 €

Nombre d'heures prise en charge individuelle et synthèse par patient

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet (en h)		Année 1		Année 2		Année 3	
			Individuel et synthèse (en h)		Individuel et synthèse (en h)		Individuel et synthèse (en h)	
	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)	Socle	Personnalisé (pondéré par la part des patients en ayant besoin)
CM	4	2,1	72,5		72,5		72,5	
Médecin psychiatre	4		14		14		14	
Psychologue	6		3	60	3		3	
IDE	0		3		3		3	
Addictologue	1		0	1,5	0	1,5	0	1,5
Ass. Social	3		3	2	3	2	3	2
Pair aidant	0		3	4,1	3	4,1	3	1,5

Nombre d'heures prise en charge groupale par patient

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet	Année 1	Année 2	Année 3
		Groupe (en h)	Groupe (en h)	Groupe (en h)
CM				
Médecin psychiatre				
Psychologue		3,5	3,5	
IDE		3,5	3,5	
Addictologue				
Ass. Social				
Pair aidant		3,5	3,5	
Encadrement				

Nombre d'heures de fonctionnement par patient

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet	Année 1	Année 2	Année 3
		Fonctionnement (en h)	Fonctionnement (en h)	Fonctionnement (en h)
CM	0,5	8,7	8,7	8,7
Médecin psychiatre	0,1	1,7	1,7	1,7
Psychologue	0,3	4,4	4,4	4,4
IDE	0,1	2,2	2,2	2,2
Addictologue	0,0	0,0	0,0	0,0
Ass. Social	0,1	2,2	2,2	2,2
Pair aidant	0,1	2,2	2,2	2,2
Encadrement	0,5	8,0	8,0	8,0
AMA	0,6	9,9	9,9	9,9

Coût moyen annuel

	Consultation expertale, évaluation, construction de projet (en heure)	Année 1 (en heure)	Année 2 (en heure)	Année 3 (en heure)	Total (en heure)	Salaire moyen (en €)	Coût moyen annuel de prise en charge (en €)
CM	6,6	81,2	81,2	81,2	250,3	60 000	3 192
Médecin psychiatre	4,1	15,7	15,7	15,7	51,3	120 000	1 308
Psychologue	6,3	70,9	10,9	7,4	95,3	58 000	1 175
IDE	0,1	8,7	8,7	5,2	22,7	59 000	284
Addictologue	1,0	1,5	1,5	1,5	5,5	120 000	140
Ass. Social	3,1	7,2	7,2	7,2	24,7	51 000	267
Pair aidant	0,1	12,8	12,8	6,7	32,4	54 000	372
Encadrement	0,5	8,0	8,0	8,0	24,6	68 000	356
AMA	0,6	9,9	9,9	9,9	30,4	50 000	323
						Total	7 418
Médecins généraliste 3C pour synthèse semestrielle avec médecin adresseur							150
						Total	7 568 €

i-2/ Les charges de structure annuelles non comprises dans le forfait, en euros, pour chacun des sites

Locaux	Location, aménagements	28 800 €
	Bio nettoyage	3 600 €
3 Véhicules	Leasing	10 500 €
	Coût exploitation	6 000 €
	assurance	2 250 €
Evaluation	0,1 TIM	5 000 €
	TOTAL	56 150 €

TIM : technicien de l'information médicale pour la gestion des données des 3 territoires de l'expérimentation.

En fonction des possibilités, une fongibilité financière entre ces différentes lignes sera possible par site, dans la limite globale annuelle de 56 150 €.

Les locaux seront de préférence externalisés en ville, d'une surface prévisionnelle de 160 m². Ils comprendront :

- Un espace de bureau partagé, une salle de réunion de grande taille (6 à 8 personnes),
- 2 ou 3 bureaux individuels (médecin, neuropsychologue, psychologue, cadre de santé),
- Une salle d'activité groupale.

Il pourra s'agir cependant de réaménagements de locaux existants.

NB : Ces charges ne sont pas intégrées dans les forfaits, mais seront financées par le FISS sous forme de dotation.

Le total pour l'ensemble des 3 sites et par an est présenté ci-dessous :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total des dotations pour les 3 sites sur 5 ans
CHU de Nantes	56 150 €	56 150 €	56 150 €	56 150 €	56 150 €	280 750 €
CESAME	56 150 €	56 150 €	56 150 €	56 150 €	56 150 €	280 750 €
EPSM de la Sarthe	56 150 €	56 150 €	56 150 €	56 150 €	56 150 €	280 750 €
Total pour les 3 site par an	168 450 €	842 250 €				

ii/ L'équipe cible par territoire

Les effectifs cibles sont présentés dans le tableau ci-dessous par site, en année 3 (90 consultations et 75 suivis intensifs UHR et PEP), en année 1 (90 consultations, 25 suivis intensifs UHR et PEP) et lors de la phase d'amorçage (mise en œuvre du dispositif, sans suivi de patient).

	Effectif cible		
	Année 3	Année 1	Phase d'amorçage
Case Manager	4,0	3,0	3,0
Médecin	1,1	0,6	0,6
Neuropsychologue	1,1	1,0	1,0
Psychologue	0,7		
IDE	0,5		
Addictologue	0,1	0,1	0,0
Ass. Social	0,5	0,5	0,0
Pair aidant	0,5	0,4	0,4
Cadre de santé	0,2	0,2	0,2
Chargé de mission	0,2	0,2	0,2
Assistant Médico-administratif	0,5	0,5	0,5
Total	9,4	6,5	5,9

La répartition des effectifs entre catégories professionnelles sera décidée par territoire, en fonction des possibilités et opportunités, dans le respect du panier de soins. Ce sera notamment le cas de :

- La répartition des temps médicaux (entre psychiatre et pédopsychiatre par exemple),
- La répartition des temps entre neuropsychologue, psychologue et IDE,
- L'organisation de la fonction d'encadrement et de chargé de mission, entre les partenaires sanitaires et médico-sociaux

La phase d'amorçage nécessite un premier déploiement de l'équipe, axé autour des compétences de médecin, de psychologue ou neuropsychologue, de trois case managers (dont un avec une compétence assistant social), du pair aidant afin de l'intégrer dès le début du projet, du temps d'encadrement et d'assistant médico-administratif. Il est nécessaire d'avoir un minimum « socle » de trois case managers lors de cette phase d'amorçage, pour permettre le fonctionnement de l'équipe, quel que soit le nombre de jeunes accompagnés : deux case managers présents pendant les périodes de congés pour des raisons de sécurité et représentation de chaque champ sanitaire et médico-social.

L'équipe se déploiera ensuite progressivement les années suivantes. Des crédits d'amorçage seront nécessaires en 1^{ère} et 2^{ème} année afin de permettre le bon fonctionnement de l'équipe, que les forfaits ne permettront pas seuls d'assumer.

c/ Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

En France, 3% des jeunes de 15 à 30 ans souffrent de troubles psychotiques plus ou moins sévères. 75% des maladies mentales se déclarent avant 25 ans et 80% des troubles psychotiques se révèlent entre 16 et 30 ans.

Le coût global de la schizophrénie est de 15 milliards d'euros par an, soit 0,74% du PIB. Parmi ces coûts, 62% sont du coût direct et 32% sont du coût indirect.

Il s'agit d'un sur-investissement dans un premier temps pour obtenir des réductions de coûts de soins à plus long terme.

- Aide au démarrage
- Actions de sensibilisation
- Case management
- Forfait pour le médecin généraliste

A ce jour, il n'existe ni consultation ni dispositif de prise en charge intensive des patients à ultra haut risque ou ayant connu un premier épisode spécifique. Pour ces derniers, ils bénéficient d'une offre sectorielle, qui se poursuivra.

Nous formulons l'hypothèse d'une diminution des coûts de soin par :

- Diminution de la durée et du nombre d'hospitalisations
- Accès plus précoce aux soins, diminution de la durée de psychose non traitée
- Diminution du nombre de jours d'hospitalisation de jour.
- Diminution du taux de comorbidités addictives

Nous formulons l'hypothèse d'une diminution des coûts sociaux par un meilleur maintien dans les études, moins de décrochage scolaire, meilleure insertion professionnelle, meilleure inclusion sociale.

Une estimation du nombre de patients qui devront bénéficier des différents types de soins et d'accompagnement sera faite en fonction des données de la littérature sur la prévalence des difficultés rencontrées.

d/ Besoin de financement

a. Financement issu des forfaits et des charges de structure

Le coût total annuel par site, des prestations dérogatoires pour 65 patients en consultation sans intégration dans un parcours UHR/PEP et pour 25 patients intégrés dans les parcours UHR et PEP ainsi que le coût total pour les trois sites pour les 5 ans de l'expérimentation sont décrits ci-dessous.

	Consultation détection		PEP		UHR		Total des recettes par site	Total pour les 3 sites
	Sans suite		Effectif	Recettes	Effectif	Recettes		
	Effectif	Recettes						
N1	65	38 350 €	17	128 656 €	8	46 296 €	213 302 €	639 906 €
N2	65	38 350 €	34	257 312 €	16	92 592 €	388 254 €	1 164 762 €
N3	65	38 350 €	51	385 968 €	24	138 888 €	563 206 €	1 689 618 €
N4			34	257 312 €	16	92 592 €	349 904 €	1 049 712 €
N5			17	128 656 €	8	46 296 €	174 952 €	524 856 €
						TOTAL	1 689 618 €	5 068 854 €

S'ajoutent aux forfaits les charges annuelles de structure de 56 150 € par an et par site (sous forme de dotation sur le FISS), soit 842 250 € (56 150 x 3 x 5) pour la totalité du projet pour l'ensemble des trois territoires sur les 5 ans.

	Charges de structure 1 site	Charges de structure 3 sites
N 1	56 150 €	168 450 €
N 2	56 150 €	168 450 €
N 3	56 150 €	168 450 €
N 4	56 150 €	168 450 €
N 5	56 150 €	168 450 €
TOTAL	280 750 €	842 250 €

b. Crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) pour les 3 sites

Crédits d'amorçage

Les besoins pour la phase d'amorçage sont de 796 525 € pour l'ensemble des trois territoires.

Ressources humaines : phase 0 (6 mois), amorçage - Formation de l'équipe - Construction des outils de prise en charge, des outils de communication" - Communication auprès des partenaires	3,00	CM	90 000 €	
	0,60	Médecin	36 000 €	
	1,00	Neuropsychologue	29 000 €	
	0,00	Psychologue	- €	
	0,00	IDE	- €	
	0,00	Addictologue	- €	
	0,00	Ass. Social	- €	
	0,40	Pair aidant	10 800 €	
	0,20	Cadre de santé	6 800 €	
	0,20	Chargé de mission	6 800 €	
	0,50	AMA	12 500 €	
Charges de structure	Locaux et véhicules		28 075 €	
Prestation extérieure	Formation des professionnels	Intervenant extérieur sur l'un des sites : 6 jours	7 200 €	
Achat de matériel	Equipements		20 000 €	
	Ordinateurs et téléphones		15 000 €	
Total			262 175 €	
Système d'information	Paramétrage des indicateurs (sur 3 mois)	0,5	TIM	6 250 €
	Prestations sur dossier patient			3 750 €
Total			10 000 €	
Total pour 3 sites			796 525 €	

TIM à mi-temps pendant 3 mois (50 000 €/4/2 = 6 250 €)

Des crédits d'amorçage sont ensuite nécessaires en année 1, afin de couvrir la différence entre le coût de l'équipe nécessaire au déploiement du projet et la montée en charge du dispositif liée à l'activité.

Dépenses année 1

	Année 1 - ETP	Coût - €
Case Manager	3	180 000 €
Médecin	0,6	72 000 €
Neuropsychologue	1	58 000 €
Psychologue	0	- €
IDE	0	- €
Addictologue	0,1	12 000 €
Ass. Social	0,5	25 500 €
Pair aidant	0,4	21 600 €
Cadre de santé	0,2	13 600 €
Chargé de mission	0,2	13 600 €
Assistant Médico-administratif	0,5	25 000 €
Total	6,5	421 300 €
Total pour 3 sites		1 263 900 €

Crédits sollicités année 1

Total pour 3 sites	623 994 €
Amorçage pour un site	207 998 €

Crédits d'ingénierie

Frais logistiques et administratifs	Création de support de communication	5 000 €
Visite site Paris : 6 personnes par visite, sur 2 jours	Hôtel	450 €
	Transport	960 €
	Repas	306 €
Visite site Genève : 6 personnes par visite, sur 2 jours	Hôtel	450 €
	Transport	960 €
	Repas	306 €
	Total	8 432 €

c. Synthèse du besoin de financement

Forfaits	Année 1 (dont 6 mois de phase de construction)	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Nb d'inclusions pour détection par site	65	65	65	-	-	195
Forfait détection par site	590,00 €	38 350 €	38 350 €	38 350 €	- €	115 050 €
Nb de patients PEP suivis par site	17	34	51	34	17	153
Forfait PEP par site	7 568,00 €	128 656 €	257 312 €	385 968 €	257 312 €	1 157 904 €
Nb de patients UHR suivis par site	8	16	24	16	8	72
Forfait UHR par site	5 787,00 €	46 296 €	92 592 €	138 888 €	92 592 €	416 664 €
Total prestation dérogatoire par site (FISS)		213 302 €	388 254 €	563 206 €	349 904 €	1 689 618 €
Pour les 3 sites		639 906 €	1 164 762 €	1 689 618 €	1 049 712 €	5 068 854 €
Dotations charges de structure pour les 3 sites (FISS)		168 450 €	168 450 €	168 450 €	168 450 €	842 250 €
Total prestation dérogatoire FISS pour les 3 sites		808 356 €	1 333 212 €	1 858 068 €	1 218 162 €	5 911 104 €
Total CAI pour les 3 sites (FIR)		1 428 951 €	- €	- €	- €	1 428 951 €
TOTAL EXPERIMENTATION		2 237 307 €	1 333 212 €	1 858 068 €	1 218 162 €	7 340 055 €

Le financement total de l'expérimentation sur l'ensemble de sa durée est autorisé pour un montant maximum de 7 340 055 €.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- Des crédits d’amorçage et d’ingénierie et pour un montant total de 1 428 951 € (796 525 € + 623 994 € + 8 432 €), versés sous forme de subventions par l'ARS ;
- Des financements dérogatoires du droit commun, pour un montant maximum de 5 911 104 €, dont les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

Synthèse présentant les forfaits (prestations dérogatoires) en cas de modèle à la séquence de soins financé au forfait par patient

	Montant par patient	Durée de la prise en charge ou couverte par le forfait
<u>Forfait 1</u> - Forfait de l’entité parcours de consultation détection/évaluation expertale, non suivi d’un suivi intensif PEP ou UHR	590 €	Un à deux mois, avec 3 mois supplémentaires si démarche d’aller vers nécessaire
<u>Forfait 2</u> – Forfait annuel de l’entité parcours UHR	5 787 €	Un an, renouvelable deux fois
<u>Forfait 3</u> – Forfait annuel de l’entité parcours PEP	7 568 €	Un an, renouvelable deux fois

Le forfait 1 n’est pas cumulable avec les deux autres.

Le forfait 2 est renouvelable deux fois maximum par patient. Il peut être suivi de forfaits 3, en cas de transition psychotique.

Le forfait 3 est renouvelable deux fois maximum par patient.

d. Suivi d’activité et ajustement éventuel des forfaits

Compte tenu de la nouveauté de ce mode de prise en charge et d’organisation, sans référentiel en France, des coûts élevés associés et des incertitudes sur l’adéquation entre mobilisation des ressources et montant de financement, il est nécessaire de mettre en place un suivi régulier d’activité en plus des indicateurs d’évaluation à proprement parler.

En particulier, le nombre de patients suivis, les ressources et le temps mobilisés pour les principales tâches pour l’ensemble de l’équipe et par catégorie d’intervenant seront suivis pour vérifier régulièrement l’adéquation du dimensionnement de l’équipe et le montant de financement associé. Si la montée en charge ne se fait pas comme prévu, des alertes devront être rapidement effectuées. Pour

ce faire, des points réguliers avec le porteur devront être faits par l'ARS pour suivre l'avancement de la mise en œuvre effective de l'expérimentation (cf. comités de suivi et de pilotage).

Les principaux indicateurs de suivi d'activité sont le nombre d'actes et l'estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient passées pour chaque intervenant et déclinés par phases (inclusion, accompagnement, sortie et le cas échéant crise). La déclinaison par phase est essentielle pour le bon calibrage des forfaits. Ces indicateurs peuvent se synthétiser dans le tableau suivant :

Indicateurs	Fréquence	Source
Nombre de patients par phase et par équipe (entrées, stock, sorties).	Trimestriel (à partir de la première inclusion)	Logiciel Métier
Psychiatre : nombre d'actes et estimation du nombre d'heures de consultations/prescriptions par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		
IDE et cadre de santé : nombre d'actes et estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		
Psychologues : nombre d'actes et estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		
Travailleurs sociaux ou personnel du secteur médico-social : nombre d'actes et estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		
Pairs aidants : nombre d'actes et estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		
Case Managers: nombre d'actes et estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		
Cadre de santé : nombre d'actes et estimation du nombre d'heures d'accompagnement/VAD* par patient en fonction de la possibilité d'inscrire cet indicateur dans le système d'information		

VAD = visite à domicile en cas de besoin d' « aller-vers »

Le recueil de ces données nécessitera une harmonisation entre professionnels et centres, notamment en matière de système d'information.

Cette liste n'est pas exhaustive et est susceptible d'évoluer.

Le financement demandé représente le montant maximum qui pourrait être accordé. Le principe de financement de l'expérimentation est celui d'un forfait par patient.

Les effectifs prévisionnels, ne pourront être revus à la baisse en cours d'expérimentation ni le nombre d'ETP minimum nécessaire pour assurer la prise en charge proposée.

Cependant, en fonction du suivi qualitatif et quantitatif de l'activité, le nombre et le profil des personnes susceptibles d'être incluses dans le dispositif pourront être réévalués lors d'un des comités de pilotage dans le respect du montant global autorisé.

Chaque année, en fonction de la montée en charge, de la file active effective et de la consommation du financement, le modèle économique pourra être réévalué et le cahier de charges republié le cas échéant.

Les indicateurs de suivi ci-dessus permettront notamment de calibrer au plus près la prise en charge des patients.

6/ Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

a/ Aux règles de financements de droit commun

La psychiatrie publique est financée à ce jour par la Dotation Annuelle de Financement, peu propice à l'innovation. Le projet propose ainsi un financement au parcours sur 3 ans, de la détection jusqu'à la fin de la prise en charge, intégrant une offre de soins et d'accompagnement intensive. Les interventions de la médecine générale sont en partie incluses dans le forfait.

Le modèle médico-économique permet un regroupement d'activités et de services associant secteur sanitaire, médico-social et exercice libéral. Tout l'intérêt de ce regroupement d'acteurs différenciés est de focaliser le parcours d'un patient pendant 3 ans par une seule allocation financière (modèle « bundles »).

b/ Aux règles d'organisation de l'offre de soins

Les collaborations entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux sont actuellement insuffisantes.

Le projet permet un co-portage sanitaire et médico-social du projet, sur trois territoires, dans la continuité sur 3 ans de prise en charge et d'accompagnement minimisant les risques de rupture entre professionnels et par le jeune.

C'est une organisation favorisant l'articulation et l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social.

Il prévoit une seule équipe mixte, sanitaire et médico-sociale, permettant un case management mixte, favorisant une pluralité des regards et des offres d'accompagnement. Le soutien médico-social concerne des personnes non encore reconnues comme handicapées.

c/ Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles

Les case managers ne font à ce jour pas l'objet d'un mode de financement. Ils font partie d'une seule équipe mixte, sans s'appuyer sur la notion de handicap psychique pour le champ médico-social. Il s'agit donc d'un financement collectif et de la rémunération de l'exercice coordonné.

7/ Impacts attendus

a/ Impact en termes de service rendu aux patients

- Diminution du délai avant l'accès à des soins spécialisés et non stigmatisants.
- Accès rapide à une évaluation clinique et fonctionnelle complète, multidisciplinaire, permettant l'accès à des soins individualisés et prenant en compte les comorbidités.
- Accompagnement aux soins et soutien à l'engagement : diminution des « perdus de vue » suite à un PEP.
- Accès à un accompagnement intensif du parcours socio-sanitaire visant à permettre la continuité des soins et des accompagnements médico-sociaux et sociaux, l'objectif étant d'améliorer le pronostic de la maladie et de préserver la qualité de vie des jeunes accompagnés.
- Diminution des rechutes et donc meilleur pronostic fonctionnel, diminution du risque suicidaire, réduction de la perturbation des relations familiales, réduction de la perturbation des études et de la trajectoire professionnelle.
- Pour la famille : réduction du « fardeau » que représente la maladie et le parcours d'accès aux soins, meilleure connaissance et compréhension des troubles, restauration de leur pouvoir de comprendre et d'aider leur enfant en souffrance.

b/ Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- Réduction du recours à l'hospitalisation sous contrainte au profit d'hospitalisations consenties, réduction du recours et de la durée des hospitalisations complètes pour cette population.
- Amélioration de la connaissance sur les troubles, nouvelles images plus positives et optimistes, déstigmatisation.
- Intégration d'une prise en charge clinique de la prise en compte du risque et de la prévention, dans le champ de la santé mentale.
- Mise en place et développement d'une nouvelle fonction dans le champ de l'accompagnement : le case management.

- Aide au développement des partenariats avec les structures d'accompagnement médico-sociales (SAVS, SAMSAH...).

Ce projet a vocation à permettre le renforcement des liens entre les différents intervenants dans le dépistage et la prise en charge de ces jeunes et leur coordination. Mais, il sera vecteur d'une très profonde modernisation des pratiques, qui se tourneront davantage vers l'anticipation, la prévention, la déstigmatisation, et l'intervention dans la communauté. Ces pratiques tournent le dos à la traditionnelle prudence d'intervention consistant à attendre une symptomatologie clinique constituée pour intervenir, laquelle étant en cause dans le trop important délai de « psychose non traitée ».

c/ Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

En France, 3% des jeunes souffrent de troubles psychotiques plus ou moins sévères, 75% des maladies mentales se déclarent avant 25 ans et 80% des troubles psychotiques se révèlent entre 16 et 30 ans.

- Réduction du coût total du traitement.
- Ce projet s'inscrit dans les pratiques visant à renforcer l'autonomie des personnes, leur insertion dans la cité, le retour moindre aux soins intensifs hospitaliers, leur « dynamique de Rétablissement ».

En termes d'efficience pour les dépenses de santé : en 2010, le coût estimé des troubles psychotiques en Europe était de 94 milliards d'euros à travers 30 pays européens. Il est aujourd'hui démontré que les accompagnements intensifs dans le milieu sur le modèle du case management dans les troubles psychotiques, diminuent de manière significative la fréquence et le nombre de jours d'hospitalisation pour les personnes accompagnées (10).

Les études suggèrent que deux tiers des frais ne reviennent pas aux services sanitaires. Il est nécessaire de prendre en compte toutes les limitations subies au long de la vie concernant la participation à la société civile, la vie familiale, les opportunités professionnelles intéressantes et l'éducation de qualité.

Plusieurs études ont récemment démontré que les coûts de l'IP étaient significativement moindres (10)(18) que les soins classiques (SC). L'étude EPPIC en Australie a montré des coûts directs liés aux soins de 3445 \$A pour l'IP contre 9503 \$A pour les soins usuels ($p < 0.01$) sur 7 ans de suivi, principalement du fait du moindre nombre de journées d'hospitalisation pour les jeunes accompagnés via les programmes d'IP. L'étude OPUS montre un delta moins important en termes de coûts directs entre IP et Soins usuels (€ 123 683 vs. € 148 751) mais met en avant une différence significative de fonctionnement mesuré à l'aide de la GAF (55.35 & 54.16), montrant ainsi que l'IP aurait 95.3% de chance d'être « coût-efficace » (11).

Une étude réalisée sur l'IP à Hong Kong montre aussi qu'elle est coût-effective en améliorant le fonctionnement global, en diminuant les durées d'hospitalisations et en améliorant l'insertion professionnelle. Enfin, un rapport récent de la London School of Economics montre un gain substantiel des dispositifs d'IP au Royaume Uni comparé aux soins classiques. En s'appuyant sur 4 données : coûts directs des soins, emploi, homicide et suicide, cette équipe a montré que l'IP était très significativement moins coûteuse que les soins classiques. Ce rapport précise que ces gains sont

probablement sous-estimés car ne prenant pas en compte les effets en termes de meilleure coordination des services de soins et des accompagnements sociaux (12).

Compte tenu du coût majeur des troubles schizophréniques et associés, le dernier rapport de la London School of economics montre qu'un euro investi pour la prévention dans le champ de la psychose en fait économiser 15 (13).

Les impacts financiers du dispositif sont donc attendus sur du moyen et long terme :

- Coût du suivi intensif moindre que le nombre total de journées d'hospitalisation évitées
- Diminution des coûts sociaux en termes de décrochage scolaire et de désinsertion socio-professionnelle

A partir du tarif d'une journée d'hospitalisation, tel qu'il ressort des projets de réforme du financement de la psychiatrie (384 € par jour en adulte, 887 € par jour pour les mineurs, 979 € en centre de crise adulte) :

- Le forfait annuel entité parcours UHR correspond à :
 - o 15 journées d'hospitalisation adulte
 - o 7 journées d'hospitalisation pour les patients mineurs
 - o 6 journées d'hospitalisation en centre de crise adulte
- Le forfait annuel entité parcours PEP correspond à :
 - o 20 journées d'hospitalisation pour les patients adultes
 - o 9 journées d'hospitalisation pour les patients mineurs
 - o 8 journées d'hospitalisation en centre de crise adulte

Ces impacts sont établis dans les données de la littérature internationale citées ci-dessus, et ne pourront être ici démontrés dans le cadre du dispositif sur la durée prévue de 5 ans.

8/ Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et pilotée par la DREES et la Cnam.

Une première série d'indicateurs est proposée ci-dessous.

Les indicateurs (qualitatifs et indicatifs) illustrant au mieux ces critères.

- **Indicateurs de résultats et d'impacts** (ceux correspondants aux impacts attendus par l'expérimentation) :
 - Rapidité d'accès à la consultation de détection/consultation expertale : délai entre le premier contact et le premier rendez-vous.
 - Nombre de fins de prise en charge prématurées (avant la fin des 3 ans prévus).
 - Evolution de la qualité de vie globale des jeunes accompagnés, mesurés par l'échelle WhoQoL-36.
 - Evolution de la situation socio-professionnelle des jeunes inclus dans le dispositif.
 - Evolution de la fréquence et des modalités de recours aux soins

- **Indicateurs de réalisation**
 - Indicateurs de processus :
 - Actions de communication : nombre d'actions, public touché (nombre et qualité)
 - Consultation de détection/consultation expertale : nombre de jeunes adressés et nombre de consultations réalisées.
 - Nombre de suivis intensifs dans le milieu de vie effectifs par les case managers (objectif de 25 suivis annuels par centre)
 - Nombre de concertations pluridisciplinaires réalisées avec des partenaires de champ sanitaire, social et/ou médicosocial
 - Indicateurs d'expérience (PREMs) :
 - Pour les patients
 - Pour les aidants

- **Indicateurs de coûts et des dépenses**
 - Utilisation des budgets pour la réalisation effective du dispositif
 - Evolution des dépenses de soins

9/ Informations recueillies sur les patients

Recueil des informations nécessaires par le moyen de la création d'une cohorte régionale. Les données recueillies seront des données de santé cliniques et de fonctionnement, ainsi que des données subjectives telles que la qualité de vie, l'estime de soi. Elles seront stockées de façon anonyme (codage) sur une base de données hébergée sur un serveur garantissant la sécurité de l'accès.

Intention de participation à un registre national de données anonymisées, le registre devant être coordonné par l'Hôpital Sainte Anne (Centre Jeunes Adultes et Adolescents CJAAD, Professeur Marie-Odile Krebs). Cette intégration au réseau français d'IP TRANSITION supposera de participer à des projets de recherche clinique multicentriques, dont un projet de recherche médico-économique à venir (PREPS en cours, LI présélectionnée, auquel le DIPPE participera le cas échéant).

Consentement écrit du patient à la collecte des données le concernant.

10/ Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Le projet utilisera le système d'information des établissements publics de santé, notamment le dossier du patient informatisé.

Les champs du DPI seront définis dans la phase d'amorçage, afin de permettre les extractions possibles, nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation.

11/ Liens d'intérêts

Les porteurs du projet n'ont pas de liens d'intérêt directs ou indirects avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises des matériels ou des dispositifs médicaux.

Eléments bibliographiques / expériences étrangères

1. Anderson KK, Norman R, MacDougall A, Edwards J, Palaniyappan L, Lau C, et al. Effectiveness of Early Psychosis Intervention: Comparison of Service Users and Nonusers in Population-Based Health Administrative Data. *Am J Psychiatry*. 1 mai 2018;175(5):443-52.
2. Neil AL, Carr VJ, Mihalopoulos C, Mackinnon A, Morgan VA. Costs of psychosis in 2010: findings from the second Australian National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. févr 2014;48(2):169-82.
3. Birchwood M, Macmillan F. Early intervention in schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*. sept 1993;27(3):374-8.

4. Norman RMG, Malla AK, Verdi MB, Hassall LD, Fazekas C. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol Med.* févr 2004;34(2):255-66.
5. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry.* sept 2005;62(9):975-83.
6. Souaiby L, Gaillard R, Krebs M-O. [Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis]. *Encephale.* août 2016;42(4):361-6.
7. Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, Lennox BR. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. *BMJ Open.* 20 2016;6(10):e012611.
8. Hardy-Bayle MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. - Résultats de votre recherche - Banque de données en santé publique. In 2015 [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=498412>
9. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry.* déc 2005;39(11-12):964-71.
10. Bora E, Murray RM. Meta-analysis of cognitive deficits in ultra-high risk to psychosis and first-episode psychosis: do the cognitive deficits progress over, or after, the onset of psychosis? *Schizophr Bull.* juill 2014;40(4):744-55.
11. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, Barlati S, Yung AR, Howes O, et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* juin 2012;69(6):562-71.
12. Glenthøj LB, Hjorthøj C, Kristensen TD, Davidson CA, Nordentoft M. The effect of cognitive remediation in individuals at ultra-high risk for psychosis: a systematic review. *NPJ Schizophr.* 2017;3:20.
13. Crocker CE, Tibbo PG. The interaction of gender and cannabis in early phase psychosis. *Schizophr Res.* avr 2018;194:18-25.
14. Pruessner M, Faridi K, Shah J, Rabinovitch M, Iyer S, Abadi S, et al. The Clinic for Assessment of Youth at Risk (CAYR): 10 years of service delivery and research targeting the prevention of psychosis in Montreal, Canada. *Early Interv Psychiatry.* avr 2017;11(2):177-84.
15. Miley K, Hadidi N, Kaas M, Yu F. Cognitive Training and Remediation in First-Episode Psychosis: A Literature Review. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* déc 2020;26(6):542-54.
16. Singh SP, Mohan M, Giacco D. Psychosocial interventions for people with a first episode psychosis: between tradition and innovation. *Curr Opin Psychiatry.* 1 sept 2021;34(5):460-6.
17. Deppen P, Sarrasin Bruchez P, Dukes R, Pellanda V, Vianin P. [Cognitive remediation program for individuals living with schizophrenia (Recos): preliminary results]. *Encephale.* sept 2011;37(4):314-21.
18. Tindall R, Francey S, Hamilton B. Factors influencing engagement with case managers:

Perspectives of young people with a diagnosis of first episode psychosis. *Int J Ment Health Nurs*. août 2015;24(4):295-303.

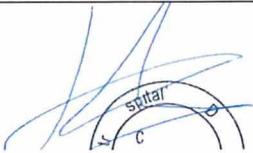
19. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 janv 2018;176(1):65-9.

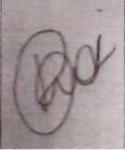
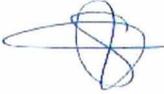
20. Lecomte T, Leclerc C, Wykes T. Group CBT for early psychosis--are there still benefits one year later? *Int J Group Psychother*. avr 2012;62(2):309-21.

21. Fusar-Poli P, Byrne M, Badger S, Valmaggia LR, McGuire PK. Outreach and support in south London (OASIS), 2001-2011: ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *Eur Psychiatry*. juin 2013;28(5):315-26.

22. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13(2):261-76.

Annexe 1 : Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur en Loire Atlantique	CHU de NANTES 1 Place Alexis Ricordeau, 44093 Nantes	Marion CHIRIO-ESPITALIER, Praticien Hospitalier marion.chirioespitalier@chu-nantes.fr , 06.84.24.16.60	
		Frédéric GIBAUD, directeur adjoint Frederic.gibaud@chu-nantes.fr 02 40 84 64 95 - 02 40 84 64 92	
Partenaire principal en Loire Atlantique	Association l'Etape Samsah Ile de Nantes 30 Rue Jacques Callot, 44100 Nantes	François BERTHOLON, Francois.Bertholon@ch-gdaumezon.fr	
		Véronique LAMBERT, directrice v.lambert@letape-association.fr 02 51 83 12 92	
Porteur en Maine-et-Loire	CESAME 27, Route Bouchemaine 49130 Sainte Gemmes sur Loire	Isabelle DELAUNAY, Praticien Hospitalier isabelle.delahunay@ch-cesame-angers.fr ,	
		Samuel GALTIE, directeur adjoint samuel.galtie@ch-cesame-angers.fr 02.41.80.77.61	
Partenaire principal en Maine-et-Loire	VYV 3 Pays de la Loire Pôle Accompagnement et Soins 67 rue des Ponts-de-Cé 49028 ANGERS	Denis LEGUAY, administrateur denis.leguay@free.fr	
		Sandrine BOYER, directrice générale sandrine.boyer@vyv3.fr 02 41 68 88 03	

Porteur en Sarthe	EPSM de la Sarthe 20, avenue du 19 mars 1962 72703 Allonnes CEDEX	Violaine PIOT GLORIA, Praticien Hospitalier v.piotgloria@epsm-sarthe.fr 02 43 43 51 69	
		Samuel REZE-VIRFOLET, directeur adjoint s.reze-virfolet@epsm-sarthe.fr 02 43 43 51 79	
Partenaire principal en Sarthe	Adgesti Espérance Sarthe 21 Rue Albert Einstein, 72650 La Chapelle-Saint-Aubin	Francine PHILIPPET, Présidente direction@adgesti.fr 02 43 24 22 48	
		Nadia BAKOUR, Directrice n.bakour@adgesti.fr 06 30 96 77 36	

Annexe 2 : Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant (Article R162-50-1)	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	Financement d'un parcours, avec coopération de plusieurs partenaires (Etablissement public de santé, structure médico-sociale, professionnels libéraux)
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants au projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X	Financement d'un parcours, avec coopération de plusieurs partenaires (Etablissement public de santé, structure médico-sociale, professionnels libéraux)

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	Structuration d'un parcours avec coopération de professionnels sanitaires, et médico-sociaux
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	Parcours de soins et d'accompagnement
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations		

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ¹ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

¹ Ne concernant les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

Annexe 3 : Réseau des adresseurs

Il s'agit d'un réseau d'acteurs de la société civile intervenant autour des jeunes.

Les adresseurs devront bénéficier de sensibilisations qui se dérouleront lors de la période de mise en place du dispositif, afin de savoir dans quelles situations et de quelle manière il est opportun d'adresser les jeunes au DIPPE.

Réseau des adresseurs UHR

- Services d'urgence
- CMP de secteurs de psychiatrie adulte, pédopsychiatrie ou secteur des adolescents
- Médecine préventive scolaire et universitaire (SUMPPS)
- Maisons des Adolescents (MDA)
- Médecins généralistes
- Médecins psychiatres et pédopsychiatres libéraux
- Psychologues scolaires
- Psychologues libéraux
- Professionnels accompagnants du secteur social ou médico-social
- Auto-adressage direct du jeune ou de sa famille

Réseau des adresseurs PEP

- Services hospitaliers psychiatriques
- Psychiatres libéraux
- Services d'urgence
- CMP de secteurs de psychiatrie adulte, pédopsychiatrie ou secteur des adolescents
- Médecine préventive scolaire et universitaire (SUMPPS)
- Maisons des Adolescents (MDA)
- Médecins généralistes
- Psychologues scolaires
- Psychologues libéraux
- Professionnels accompagnants du secteur social ou médico-social
- Auto-adressage direct du jeune ou de sa famille

Annexe 4 : Programmes de soins du dispositif DIPPE

Programmes de soins UHR

1. Programme de soins psychothérapeutique groupal spécifiquement dédié aux jeunes à UHR

Il s'agit d'un programme intégratif, comportant des approches d'éducation à la santé mentale, de sensibilisation à la gestion du stress et aux troubles liés à l'usage de substances, avec des outils de TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale) et de méthodes d'auto-soins psycho-corporelles comme la sophrologie ou la Méditation pleine conscience. Chez les jeunes UHR, des techniques de gestion du stress, associées à des approches comportementales pour amener l'individu à sortir de son inactivité et retrouver du plaisir, voire cognitives pour modifier certains biais cognitifs, peuvent aider les jeunes à renforcer leurs compétences et diminuer leur vulnérabilité (11).

Les jeunes accompagnés bénéficieront de 6 séances groupales de 2 heures sur leur première année d'accompagnement et de 6 séances de 2 heures d'approfondissement sur leur seconde année.

Chaque jeune UHR aura donc bénéficié de 24 heures de soins groupal.

Les groupes comporteront 6 à 10 jeunes, et seront co-animés par deux soignants de l'équipe parmi les professionnels suivants : Médecin psychiatre, neuropsychologue, infirmier.

2. Programme de soutien des familles

Sur un volume de 6 séances de deux heures, il sera réparti comme suit :

- 3 séances la première année,
 - Séance 1 : Sensibilisation aux questions de santé mentale
 - Séance 2 : Connaissances des offres et du réseau de soin psychique
 - Séance 3 : Problématiques addictives et prévention des troubles psychiques
- 3 séances la seconde année ciblée sur le renforcement des connaissances et des compétences d'accompagnement.

Ces séances seront d'une durée de 2 heures, co-animées par un binôme de professionnels du dispositif spécifiquement formés parmi : psychologue ou neuropsychologue, infirmier, pair-aidant.

3. Programme de soins personnalisé

- Un programme de remédiation cognitive sera proposé aux jeunes présentant des troubles cognitifs caractérisés et sources de difficultés de fonctionnement invalidantes. Les suivis de remédiation cognitives seront effectués en individuel et utiliseront des programmes structurés

et individualisés, CRT (Cognitive Remediation Therapy) ou ReCos (12). Le temps est de 3h par semaine (sur 40 semaines annuelles hors vacances scolaires) pour un jeune pris en charge par ce type de soins, délivrés par un neuropsychologue ou un IDE formé à ce type de méthodes. Nous estimons que 25% des jeunes accompagnés en situation d'UHR devront bénéficier de soins de RC.

- ***Un suivi addictologique mensuel*** sera proposé aux jeunes présentant un trouble lié à l'usage de substances (TLUS). Le temps médical dédié sera de 30 minutes par jeune suivi et par mois, sur toute la durée des soins. Nous estimons que 25% des jeunes accompagnés en situation d'UHR devront bénéficier de soins spécialisés en addictologie.
- ***Un suivi social***, assuré par l'assistante sociale du dispositif, estimé à 1 heure chaque trimestre pour la moitié des jeunes inclus dans le dispositif. Ce suivi consistera en une activité de conseil et d'orientation, en lien étroit avec les acteurs de terrain du champ social et médico-social.

Programme de soins PEP

1. ***Programme de soins psychothérapique groupal spécifiquement dédié aux jeunes PEP***

Le groupe est inspiré du programme développé au Québec par l'équipe de Tania Lecomte (15), inspiré des principes des TCC individuelles pour la psychose, mais adapté au format de groupe et au premier épisode psychotique. Le modèle vulnérabilité-stress est utilisé tout au long de la session avec l'objectif d'une appropriation par les patients de cet outil comme moyen de « responsabilisation ».

Le référentiel de compétences est le suivant :

- Poser des mots sur son vécu et mettre à distance l'épisode
- Acquérir une connaissance des traitements
- Développer sa capacité à s'exprimer
- Identifier les signes annonciateurs d'un épisode
- Connaître ses ressources et ses facteurs protecteurs
- Identifier et connaître ses facteurs de stress
- Renforcer les compétences d'aidant des proches
- Construire un plan de crise personnalisé.

Programme

Trame de la première année :

- 1) Diagnostic éducatif collectif, définition d'un épisode psychotique
- 2) Présentation du modèle vulnérabilité-stress, identification des facteurs protecteurs

- 3) Traitements médicamenteux et non médicamenteux, signes précurseurs
- 4) Identification des facteurs de stress, présentation du plan de crise et de rétablissement
- 5) Séance ouverte aux proches, travail collectif sur le plan de crise
- 6) Stratégies de coping et d'auto-soin, prendre soin de soi, bilan et évaluation du programme

Trame de la seconde année :

Lors des six séances de la seconde année, les mêmes thématiques sont reprises avec l'introduction d'une approche cognitive et métacognitive:

- 1) Reprise du modèle vulnérabilité-stress : gestion du stress
- 2) Approche cognitive et métacognitive des expériences psychotiques : normalisation des expériences psychotiques; comment ne pas sauter aux conclusions, prendre en considération des alternatives à ses propres croyances; regarder les choses de manière positive
- 3) Drogues et alcool : définir ses valeurs ; effets des drogues et alcool sur sa vie; reconnaître son humeur et la modifier
- 4) « Coping et compétences » : découverte de la notion de coping, de ses propres ressources et des approches centrées sur le rétablissement
- 5) Déstigmatisation, plan de crise et de bien-être
- 6) Bilan et évaluation du programme.

2. Programme de soutien des familles PEP

Un programme de soutien des familles sera proposé, sur un volume de 6 séances de deux heures, réparti comme suit (3 séances la première année, 3 séances la deuxième année).

Il est décrit précisément en annexe 1

- 3 séances la première année, inspirées du programme BREF développé à Lausanne
 - o Séance 1 : Cibler les questionnements prioritaires. Apporter les premières réponses
 - o Séance 2 : Echanges concernant la situation du proche malade (diagnostic, maladie, prise en charge, organisation des soins)
 - o Séance 3, co-animée par un bénévole UNAFAM (Union Nationale des Amis et FAMilles de personnes souffrant de troubles psychiques) - Échanges sur le retentissement familial-Ressources disponibles pour les aidants.
- 3 séances la seconde année ciblée sur le renforcement des connaissances et des compétences d'accompagnement.

Ces séances seront d'une durée de 2 heures, co-animées par un binôme de professionnels du dispositif spécifiquement formés parmi : Médecin psychiatre, neuropsychologue, infirmier, pair-aidant.

3. Panier de soins personnalisés

a. Un programme de remédiation cognitive

Un programme de remédiation cognitive sera proposé aux jeunes présentant des troubles cognitifs caractérisés et sources de difficultés de fonctionnement invalidantes, de la même manière que pour les jeunes présentant un UHR. Le temps est de 3h par semaine (sur 40 semaines annuelles hors vacances) pour un jeune pris en charge par ce type de soins, délivrés par un neuropsychologue ou un IDE formé à ce type de méthodes. Nous estimons que 50% des jeunes accompagnés avec un diagnostic de PEP devront bénéficier de soins de RC.

b. Pair-aidance :

Pour la population des PEP, pourra être proposé un accompagnement spécifique par un pair-aidant professionnel, personne concernée par un diagnostic de trouble psychique et en situation de rétablissement. Il est montré que dans les phases précoces du rétablissement, en particulier dans la période de moratoire, la possibilité d'une rencontre et d'échanges avec une personne concernée par des troubles et incarnant le porteur d'espoir est particulièrement bénéfique. Le pair-aidant fonde son accompagnement sur une approche empathique et un partage d'expérience : l'expérience des troubles mais surtout celle du mieux-être, de la reconquête d'un parcours de vie, d'un rétablissement incarné et rendu possible.

Nous estimons que 50 % des jeunes PEP rencontreront les pairs de manière ponctuelle, et que 20% d'entre eux bénéficieront d'un accompagnement entre pairs, au rythme d'une rencontre de 1h toutes les 2 semaines pendant 1 an.

La situation des pairs-aidants au sein des équipes sera en fonction du terrain, de la préparation des soignants et des professionnels intervenant dans le dispositif DIPPE et au sein de l'établissement. Ils pourront être salariés et pleinement intégrés dans l'équipe, ou bien intervenir en tant que vacataires.

c. Un suivi addictologique mensuel

Un suivi addictologique mensuel sera proposé aux jeunes présentant un trouble lié à l'usage de substances. Nous estimons que 25% des jeunes accompagnés en situation de PEP devront bénéficier de soins addictologiques. Le temps médical dédié sera de 30 minutes par jeune suivi et par mois, sur toute la durée des soins.

d. Un suivi social

Un suivi social sera assuré par l'assistante sociale du dispositif, estimé à 1 heure chaque trimestre pour la moitié des jeunes PEP inclus dans le dispositif. Ce suivi consistera en une activité de conseil et d'orientation, en lien étroit avec les acteurs de terrain du champ social et médico-social.

Annexe 5 : Case Management

Le case management : un accompagnement global et un suivi coordonné

La philosophie de l'intervention du case management vise à favoriser pour l'utilisateur un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat.

Le *case management* répond à un processus dynamique de continuité des soins, de réadaptation, d'une meilleure qualité de vie de l'utilisateur et de ses proches par une approche globale de la personne soignée. Cela implique la participation active de la personne et de son entourage, à tous les niveaux d'intervention.

Les intervenants du *case management* ou *case managers* coordonnent l'ensemble des activités déterminées avec les usagers dans une idée de coopération interprofessionnelle. Ils garantissent la flexibilité et la variabilité de l'intensité des interventions. Le référent ou case manager assurera ainsi la coordination avec les différents acteurs sanitaires, sociaux, les concertations, les liens avec la famille, et sera garant du « Parcours Global Coordonné » du patient. Il pourra intervenir dans tous les champs, en particulier afin de permettre d'enrichir tous les aspects de la vie des jeunes, surtout l'éducation et le travail, un travail autour de son insertion ou réinsertion scolaire et/ou professionnelle.

Le modèle d'intervention du *case manager* s'appuie sur les capacités de l'utilisateur et renforce ses habiletés dans l'environnement naturel envisagé comme lieu ressource. L'équipe dédiée opère sur l'ensemble du processus c'est-à-dire l'évaluation et la coordination de la mise en œuvre du parcours global.

Les pratiques de prise en charge sont intégratives et flexibles en fonction du niveau de soutien nécessaire. Elles contribuent au processus de rétablissement et à la reprise d'un contrôle progressif de l'utilisateur sur sa propre prise de décision. Il sera le maillon, référent permanent de la personne, et jouera un rôle de « stimulateur » dans l'optique à la fois du suivi sans rupture de ses soins et en soutien à la démarche de réinsertion et de rétablissement (13). La stimulation consiste à rester en permanence à l'écoute du patient afin de l'aider à définir ou redéfinir sa demande réelle. Le case-manager aide le patient à exprimer ce qu'il n'est pas en mesure de formuler par lui-même, parce qu'il n'est pas en capacité de le faire ou qu'il ne serait pas entendu par certains interlocuteurs. De ce fait, les objectifs fixés au départ du parcours de réhabilitation sont régulièrement réévalués. Le case manager accompagnera le jeune dans la prise de conscience de sa vulnérabilité et de ses besoins de « prendre soin », sur la base du modèle de vulnérabilité-stress.

Les compétences du case manager

Les compétences attendues reposent sur l'évaluation des situations complexes des usagers et de leurs proches. Une analyse de l'état des ressources existantes dans l'environnement à proximité de l'utilisateur est également requise permettant la mise en œuvre de services individualisés et continus. Du point de vue de ses compétences professionnelles, le *case manager* est évalué sur sa capacité de mise en place, de coordination des soins et des services nécessaires en lien avec un réseau partenarial. De plus ses

compétences sous-tendent sa capacité réflexive à l'égard de sa pratique professionnelle et sa capacité à travailler en équipe dans un cadre institutionnel.

La notion de référence éducative

La référence éducative est une pratique agissant dans le sens de la continuité, la globalité et la cohérence du parcours/projet de vie.

- Des niveaux d'intervention différenciés
 - **Référence individuelle**
 - **Référence en binôme** : un binôme d'intervenant qui sert de cadre de référence
 - **Référence multiple**
 - **Référence institutionnelle** : la pratique de la psychothérapie institutionnelle a permis de connaître cette idée d'une institution soignante comme dispositif référant de l'individu accueilli. Cette idée prend appui sur un concept de réhabilitation de la capacité de l'utilisateur à influencer sur son propre changement.

A ce stade il est essentiel de porter les différentes alternatives. Ce sera à l'équipe dédiée de s'orienter sur un modèle d'intervention, les modalités de désignation du référent, la durée de la référence.

Les fonctions du case manager

- Fonction internes
 - **Être garant du parcours de l'utilisateur.**
 - **Être témoin de l'évolution dans la situation de l'utilisateur.**

Le case manager porte une attention particulière aux différentes situations dans lesquelles se trouve l'utilisateur.

- **Être impliqué dans l'élaboration et le suivi du projet individuel de l'utilisateur, de son parcours global.**

L'idée de projet individualisé, au cœur du dispositif institutionnel, nécessite une implication à la fois dans l'élaboration mais aussi dans la réalisation de ce projet. Le case manager n'est pas le seul à intervenir dans le parcours de l'utilisateur mais il est un rassembleur d'informations et joue le rôle de « pont » entre intervenants. Il coordonne les interventions et intervient auprès de l'utilisateur pour l'aider.

- **Être un espace de projection/identification qui permette à l'utilisateur de se construire dans le cadre d'une relation de confiance et d'alliance éducative et thérapeutique.**
- **Être représentant vis-à-vis des partenaires impliqués dans la situation.**

C'est notamment cette forme de délégation que l'éducateur s'approprie pour parler de l'utilisateur dans les réunions internes de synthèse ou de concertation avec les partenaires.

- Fonctions externes

Véritable levier de coordination et de transmission d'information, le case manager est alors l'interlocuteur auprès des éléments extérieurs (famille, lieu de travail, médecins et autres intervenants). Nous pouvons retrouver les fonctions externes :

- **D'élaboration, suivi et évaluation du projet individualisé ;**
- **De mise en œuvre et suivi d'une prise en charge globale ;**

- De régulation et coordination du parcours/projet de vie ;
- De relais d'information et concertation avec les proches et partenaires.

Un tel accompagnement est recommandé pour toute jeune personne ayant présenté un premier épisode psychotique ou identifiée comme étant à UHR de transition, en coordination étroite avec les structures d'accompagnement médico-sociales. Cet accompagnement permettra un meilleur devenir social et fonctionnel des personnes, et de retarder voire de diminuer le taux de transition vers une pathologie chronique.

Suivi intensif dans le milieu, modalités pratiques :

- Le suivi sera donc réalisé par un case manager ou « référent de parcours » pendant une durée de 3 ans, à un volume de 1h30 par semaine par jeune UHR en moyenne sur la période et 1h par semaine par jeune PEP. Ce volume comprendra les actions d'évaluations itératives et toutes les modalités d'accompagnement et de suivi des projets.
- Soutien à l'engagement dans son projet personnalisé
- Evaluations régulières du fonctionnement du jeune par le Case Manager.

Annexe 6 : La place de l'encadrement

Les fonctions de cadre consistent à coordonner le fonctionnement du service ainsi que l'ensemble des activités et des interventions proposées dans le service, qu'elles soient sanitaires ou sociales. Le cadre s'assure de la qualité du travail effectué et de son adaptation aux missions, aux principes et aux objectifs du projet ainsi que de l'adéquation de l'accompagnement proposé aux besoins des personnes. Le cadre garantit le respect du projet de service.

En fonction de la déclinaison territoriale du projet, eu égard aux spécificités et réalités institutionnelles et de terrain, les institutions partenaires du projet, détermineront au sein de chaque territoire les modes d'organisation de l'encadrement. Les missions et activités principales sont précisées en annexe 3.

Missions principales

Le cadre impulse et coordonne l'action des case-managers du service. Il permet l'articulation de leurs actions avec les partenaires internes, les structures de secteur ainsi que les intervenants extérieurs qui prennent en charge les usagers.

Le cadre coordonne les projets transversaux relatifs à l'efficacité, la qualité et la communication. Il développe des partenariats afin de consolider la démarche de case management du service.

Activités principales

- Pilotage de l'action de l'unité ou du service
 - o Concevoir et mettre en œuvre le projet de service, en concertation avec l'équipe et la direction, en tenant compte du projet de la structure et de l'évaluation des besoins des personnes accueillies.
 - o Mettre en œuvre et promouvoir une démarche qualité garantissant la mise en œuvre et le respect des projets individuels des personnes accueillies.
 - o Être le garant du respect des droits et libertés des personnes accueillies.
 - o Évaluer et mesurer les actions menées par le service.
- Gestion administrative et budgétaire
 - o Gérer, répartir et planifier les moyens matériels du service.
 - o Organiser les parcours d'admission et de sortie des usagers.
 - o Effectuer le suivi de la gestion administrative des dossiers des personnes accueillies.
 - o Valider ou superviser les écrits professionnels (synthèses, concertation ou autres réunions de suivi).
 - o Veiller au respect des règles d'hygiène et de sécurité.
 - o Contrôler la qualité des activités réalisées.
 - o Élaborer le rapport d'activité du service.
- Communication interne et animation

- Recueillir, analyser et transmettre les informations et les propositions de l'équipe ou des personnes accueillies.
 - Diffuser les informations concernant les évolutions législatives, juridiques et réglementaires.
 - Transmettre les informations et les décisions de la direction aux équipes de terrain.
 - Rendre compte à l'équipe de direction de l'activité de l'unité et des collaborations avec les partenaires.
 - Diffuser les bonnes pratiques et promouvoir l'analyse de sa pratique professionnelle.
- Participation au projet de la structure
 - Contribuer à l'analyse de l'environnement du service avec les équipes de direction.
 - Analyser et transmettre aux équipes de direction les besoins des personnes accueillies.
 - Proposer des projets pour l'action de l'unité ou du service.
 - Participer et faire participer l'équipe à l'évaluation du projet.
- Partenariat et projets transversaux
 - Identifier les partenaires locaux potentiels.
 - Développer les réseaux et les partenariats d'action.
 - Se faire connaître et susciter les collaborations entre les différents partenaires.
 - Représenter le service auprès des instances extérieures.
 - Organiser les relais en amont et en aval de la prise en charge des personnes accueillies.
 - Participer à des groupes de travail et commissions au niveau territorial.
- Relations et communication de proximité
 - Informer les parents ou les représentants légaux des modalités de l'accueil des personnes accueillies et des évolutions du projet personnalisé.
 - Comprendre les demandes des familles et leur proposer les solutions les mieux adaptées.
 - Assurer la coordination et le suivi de la prise en charge des personnes accueillies.
 - Etre en lien avec les pairs-aidants et autres personnes ressources.
- Encadrement d'équipe et gestion des ressources humaines
 - Encadrer et animer une équipe éducative pluridisciplinaire.
 - Organiser le travail de l'équipe, programmer les activités du service, coordonner les interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques, établir et suivre les plannings.
 - Apporter un appui technique aux professionnels.
 - Développer les compétences individuelles et collectives de l'équipe et identifier les besoins en matière de formation.
 - Participer à la réalisation des fiches de poste et au recrutement des équipes.
 - Organiser l'accueil des stagiaires.
 - Prévenir et gérer les conflits entre les différents professionnels.
 - Animer et conduire les réunions d'équipe.
 - Fixer les objectifs annuels et évaluer les résultats.

Annexe 7 : Le terrain d'expérimentation

i/ Loire Atlantique

Au CHU de Nantes, le projet se place au sein du pôle Hospitalo-Universitaire de psychiatrie et santé mentale.

On peut noter au CHU une pré-existence de quatre structures de soins sur lesquelles le dispositif DIPPE pourra s'appuyer.

Le CReSERC (Centre Référent en Soins d'Education thérapeutique et de Remédiation Cognitive)

Le CReSERC est un centre de soins ambulatoires intersectoriel, d'accès direct pour les usagers en santé mentale. Il dispense des soins spécifiques de remédiation cognitive et métacognitive, d'Education Thérapeutique des patients et des familles, de soins de soutien à l'expression des ressources. Ce centre de soins permettra de proposer aux jeunes accompagnés, des soins de remédiation cognitive ou d'ETP complémentaires à ceux prévue par le dispositif DIPPE, pour des difficultés particulières telles que les troubles de cognition sociale.

Le Centre HOPE (HOpital de jour Premiers Episodes)

Fonctionnant en étroite collaboration avec le CReSERC, le centre HOPE est un centre de jour psychiatrique « tremplin » intersectoriel pour jeunes adultes, accueillant des jeunes de 18 à 30 ans sur de courtes durées (durée moyenne de séjour de 5 mois) et orientant depuis plusieurs années ses pratiques vers des soins de réhabilitation psychosociale précoces orientés vers le rétablissement des personnes accueillies. Le centre HOPE s'adresse à des jeunes âgés de 18 à 30 ans, ayant vécu des épisodes psychotiques avec un diagnostic récent. Les critères d'admission au centre HOPE sont un nombre d'épisodes aigus inférieur à 3, et/ou une durée d'évolution des troubles inférieurs à 5 ans. Le centre offre une prise en charge dans une perspective proactive de soins d'emblée orientés vers le rétablissement.

Au sein du centre, une offre de soins est proposée de manière personnalisée pour chaque personne, au terme d'une période d'évaluation initiale pluridisciplinaire (infirmière, médicale, sociale), et selon 5 axes prioritaires :

- Le maintien et le renforcement des compétences relationnelles et sociales
- La connaissance de soi et de ses troubles
- La reconstruction d'un projet de vie et insertion professionnelle/sociale
- Un accompagnement intensif des familles et des aidants
- La prise en compte des conditions comorbides comme les troubles liés à l'usage de substances (TLU de cannabis en particulier) et addictions comportementales (utilisation excessive de jeux vidéo en particulier), la dépression et l'anxiété dès le début du suivi, via des évaluations cliniques spécialisées et des accompagnements dédiés.

Un accompagnement au centre HOPE pourra donc être proposé à tout jeune accompagné par le DIPPE en situation de PEP. Le suivi intensif dans le milieu pourra être assuré en dehors de tout accompagnement de jour au centre HOPE, tout comme au cours de cet accompagnement, et au décours de celui-ci, pour ces jeunes. De la même manière, des jeunes accompagnés par le dispositif

DIPPE pourront bénéficier de soins au centre HOPE si nécessaire, afin de pouvoir varier leurs modalités d'accompagnement.

Le service universitaire d'addictologie (Dr Stéphane Pretagut, Pr Marie Grall-Bronnec).

Le service universitaire d'Addictologie dispose de deux filières de soins complets, avec pour chacune une unité d'hospitalisation à temps plein, un hôpital de jour, un centre de consultation et de groupes thérapeutiques. Les prises en charge sont multidisciplinaires et intégratives, reposant sur les recommandations des autorités sanitaires. Par ailleurs, le service universitaire d'Addictologie a développé une activité de recherche et pédagogique conséquente.

Des liens privilégiés sont à l'œuvre entre le centre HOPE, le CRESEEC et la composante « Addictologie » du service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison :

- Projets de recherche en commun
- Internes de psychiatrie partageant leur temps l'un entre le centre HOPE et le service F et l'autre entre le CRESEEC et le service d'addictologie.

L'Unité Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (U2PEA, service du Pr Olivier Bonnot, Dr Fanny Gollier-Briant)

Cette unité propose 2 axes de consultation spécifiques concernant les troubles neurodéveloppementaux : une consultation TDAH (Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité), coordonnée par le Dr Fanny Gollier-Briant, et une consultation concernant les maladies rares à expression psychiatrique coordonnée par le Pr Olivier Bonnot. Ces deux médecins ont une expérience clinique reconnue dans l'évaluation des adolescents avec EMR et ont écrit plusieurs articles sur la schizophrénie chez l'enfant et l'adolescent. Un partenariat est proposé, dans le cadre du projet DIPPE avec une consultation d'évaluation pédopsychiatrique qui pourra être proposée, en accès rapide, par le Dr Fanny Gollier Briant, pour les très jeunes patients accueillis dans le dispositif, en situation d'UHR, et présentant une histoire développementale et/ou psychopathologique complexe. Selon cette évaluation, des soins spécifiques pourront être proposés en complément, afin d'améliorer le pronostic du trouble psychotique, améliorer la compliance au traitement et le fonctionnement familial.

Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

Une offre d'accompagnement médico-sociale pour les jeunes adultes (18-30 ans) historiquement concentrée sur des structures de « post-cure psychiatrique » accueillant les patients à temps plein en internat ou foyer pour une durée maximale de 2 ans : Association Psy Activ' (centres de la Mainguais et des Briords) et les Apsyades (centre de la Chicotière). Certains jeunes patients peuvent passer de l'une à l'autre, sans qu'il n'y ait de manière systématique de continuité de suivi entre les différentes structures.

Le développement progressif de nouveaux modes d'accompagnement à destination de ces populations jeunes : augmentation de la capacité du SEAP (Service d'Evaluation et d'Adaptation Professionnelle (association Psy Activ'), expérimentation du dispositif Job-Coach 44 (partenariat Adapei-Cap Emploi), augmentation de la capacité d'accueil du SAMSAH Ile de Nantes (association l'Etape) ouvrant des perspectives ouvertes dans le milieu de vie des jeunes.

Le DIPPE se propose d'aller plus loin en terme d'accompagnement individualisé, en proposant un partenariat privilégié avec une structure d'accompagnement médico-sociale, le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes en situation de Handicap) « Ile de Nantes »

(association l'Etape). Le CHU est porteur du projet, mais se propose par des moyens mutualisés de renforcer les effectifs du SAMSAH, avec l'un des case managers embauché par le SAMSAH via le dispositif DIPPE, et dédié à celui-ci. Des conventions de partenariats seront également réalisées avec des structures ou associations partenaires du secteur médico-social, en particulier dans le champ de l'insertion professionnelle (Handi Coach 44, Adapei) et de l'accompagnement au parcours d'études ou de formation dans la reprise et le maintien des études secondaires ou supérieures (association Handisup).

ii/ Le Maine et Loire

Il n'existe pas encore de dispositif expertal pour le dépistage précoce (UHR) et de mise en œuvre de programme spécifique pour les PEP dans le Maine et Loire. La prise en charge des soins psychiatriques reste actuellement assez sectorielle avec des difficultés dans l'interface médico-sociale, sociale, communautaire et du droit commun.

Le territoire présente cependant plusieurs atouts majeurs :

Une offre psychiatrique riche qui va nous permettre, au-delà de la détection, de structurer des parcours personnalisés à partir :

- De l'offre sectorielle,
- Du Département de soins pour les adolescents (DSA), né en septembre 2017 de la réorganisation de 2 entités préexistantes au sein des deux secteurs de psychiatrie infantile-juvénile. Ces dispositifs complémentaires ont ainsi permis de créer un réseau de CMP/CATTP/HDJ qui couvre à la fois le pôle urbain de notre territoire (à Angers) et le pôle rural grâce à 4 entités en particulier : Baugé, Doué la Fontaine, Saint Georges/Loire et Segré. Il accueille les adolescents de 14 à 18 ans.
- De l'Unité psychiatrique d'accueil et d'orientation (UPAO), unité créée en 2014, située à l'entrée du CESAME permettant de dispenser des soins en ambulatoire et, si besoin, une évaluation sur une durée de 72h maximum grâce à un espace d'hospitalisation de courte durée.
- Du SIPAD, soins intensifs psychiatriques à domicile, dont l'objectif est de permettre le maintien à domicile des personnes devant bénéficier de soins psychiatriques intensifs. Son action s'inscrit en articulation avec l'ensemble des équipes des secteurs du CESAME, notamment pour organiser le relais en ambulatoire
- Du dispositif post-crise d'équipe mobile au départ du CHU d'Angers pour les 0-18 ans, faisant l'objet d'un financement dans le cadre du FIOP

Le département de réhabilitation psychosociale constituera également une ressource pour les propositions de soins comme :

- les programmes de psychoéducation (sur le phénomène psychotique, le traitement),

- des programmes tournés vers la restauration des capacités cognitives. Les troubles cognitifs sont le premier déterminant du retentissement fonctionnel des pathologies psychiques. Ils sont présents dès le début de la maladie, se développent dans les toutes premières années voire même très souvent avant l'apparition des premiers symptômes cliniques, avant d'atteindre un plateau. Une étude a démontré que la remédiation cognitive, pratiquée au cours des deux premières années de la maladie, pourrait empêcher la diminution de la matière grise et même l'augmenter dans certaines zones du cerveau.
- des ateliers spécifiques sur les troubles de l'estime de soi, les résolutions de problème, les troubles addictifs.

Ce dispositif offre une prise en charge dans une perspective proactive de **soins d'emblée orientés vers le rétablissement**. Des soins individualisés, une dynamique affirmée de partenariat avec le patient et sa famille, un accompagnement de la personne vers ses propres objectifs, le focus porté sur ses ressources, une posture visant à mettre la personne en position d'acteur de ses soins, en sont les principes.

Le CESAME a une équipe mobile d'addictologie pour l'instant au service des usagers hospitalisés, néanmoins elle est en réflexion pour développer son offre de soins aux usagers pris en charge dans les hôpitaux de jour (unité d'adolescent comprise) et les CMP. Actuellement, le partenaire privilégié est le centre d'addictologie ALIA.

Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

Une offre d'accompagnement médico-social pour les jeunes adultes, porté par l'association Alpha, partenaire de ce projet. Cet accompagnement, s'est progressivement développé depuis les années 90. Il s'est d'abord appuyé sur un soutien à l'accès à l'emploi en milieu ordinaire (équipe API, partenariat avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), et la création d'un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT du Bord de Loire) dédié aux travailleurs en situation de handicap pour des raisons de pathologies psychiques). Il s'est enrichi d'un Service d'Accompagnement Médicosocial pour les Adultes Handicapés (SAMSAH), et, depuis 2016, d'une équipe d'Emploi accompagné (3 job coaches) qui ont travaillé, dans une optique de recherche, sur les caractéristiques de leur métier. C'est avec cette équipe expérimentée que s'établira le partenariat de travail. L'association Alpha rejoindra prochainement le périmètre du groupe VYV Care Pays de la Loire (anciennement Mutualité Française Anjou Mayenne), dans le pôle Enfance, Famille, Soins Handicap.

iii/ La Sarthe

En Sarthe, de part une désertification médicale importante, il existe un retard important dans la prise en charge des premiers épisodes psychotiques. Actuellement, les inégalités territoriales des prises en charge d'un premier épisode psychotique sont importantes et habiter en Sarthe représente une perte de chance considérable.

Le taux de suicide du département, qui est le 5ème plus important au niveau national, impacte directement cette jeune population fragile. De plus, les soins primaires, maillage indispensable pour un bon aiguillage dans un parcours de soins adapté, sont en grande souffrance avec une diminution constante du nombre des médecins généralistes.

L'offre psychiatrique en Sarthe est en grande difficulté pour pouvoir garantir une réactivité dans la mise en place d'un suivi ambulatoire adapté aux problématiques des jeunes patients présentant des signes précoces de psychoses.

Un centre de Soins pour Adolescents qui reçoit une population de 13 – 16 ans a pu ouvrir en septembre 2018 à la suite de restructuration polaire du pôle infanto-juvénile et à moyens constants. Une sensibilisation autour de la clinique spécifique d'un premier épisode psychotique et de la phase prodromale réalisée par M. Lecardeur, neuropsychologue sur une équipe mobile de prise en charge précoce à Caen a permis d'améliorer nos pratiques pour cette tranche d'âge.

Sur le Centre Hospitalier du Mans, une Equipe de Liaison de Pédo-Psychiatrie intervient dans l'unité pédiatrique du Mans accueillant des jeunes jusqu'à 18 ans. Cette activité de liaison permet de prendre en charge précocement un premier épisode psychotique dans le cadre d'une hospitalisation mais elle se confronte à une difficulté pour établir un relai ambulatoire pour les jeunes au-dessus de 16 ans. Les perdus de vue sont supérieurs à 50% avec une rupture de soins majorant le risque de renforcer l'émergence d'un handicap important.

Au-delà de 16 ans, le suivi ambulatoire en psychiatrie repose sur les CMP de psychiatrie générale. Les listes d'attente sont longues et ne permettent pas d'être réactif et adaptable face à la problématique de cette jeune population. Ils existent également une difficulté pour ces patients à pouvoir entreprendre un suivi dans une structure accueillant toutes les troubles psychiatriques, des moins lourds aux situations chroniques renvoyant parfois un handicap lourd. Cela est un véritablement frein à l'instauration des prises en charge et augmentent le risque de durée de psychose non traité long.

Le projet consiste en Sarthe à créer une équipe mobile à partir d'une unité fonctionnelle de prise en charge précoce des pathologies psychiatriques émergentes à l'adolescence et chez les jeunes adultes. L'intérêt de la création d'une unité d'intervention précoce chez des sujets présentant un premier épisode psychotique est de pouvoir établir des programmes de soins pluridisciplinaires allant du diagnostic, la prise en charge médicale, la remédiation cognitive jusqu'à une réinsertion sociale (emploi, logement) pour limiter voire stopper l'évolution négative des symptômes psychotiques. Cette unité est prévue d'être intégrée au niveau du projet immobilier du pôle infanto-juvénile, dans l'hypercentre du Mans, rue Richebourg. Les locaux seront différenciés de ceux du pôle infanto-juvénile par une entrée bien distincte pour travailler sur la déstigmatisation de la psychiatrie et ainsi améliorer l'alliance des jeunes en ce début de prise en charge.

Le case manager représente la pierre angulaire du dispositif avec des responsabilités importantes et permettra également, de manière novatrice, un travail en étroite collaboration avec le secteur du médico-social. Effectivement, cette équipe mobile de case-managers mixte sanitaire/médico-social sera avec la collaboration d'« Adgesti Espérance Sarthe » sur Le Mans.

Cette association médico-sociale a pour mission l'insertion sociale et professionnelle de personnes en situation de handicap d'origine psychique. Elle présente un nombre de services importants permettant notamment un accompagnement à l'employabilité à partir d'une évaluation, un service

d'accompagnement à la vie sociale, un service d'accompagnement du Médico-Social pour Adultes Handicapés. Cette association qui existe depuis le début des années 1980 est très bien inscrite sur le territoire sarthois dans les missions d'accompagnement de personnes en situation de handicap. Elle a été précurseur dans le développement de projets de réhabilitation psychosociale. Un des derniers services mis en place est un dispositif d'Emploi Accompagné sous forme de « Job coaching » et accueille des jeunes dès l'âge de 16 ans. Cette structure travaille en étroite collaboration avec d'autres structures du médico-sociales comme les missions locales, Cap Emploi, Adapei 72.

Rectorat

Région Académique

Pays de la Loire

Académie de Nantes



RÉGION ACADÉMIQUE PAYS DE LA LOIRE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Arrêté SG n°2022/057 portant modification de l'arrêté rectoral n°2022/047 du 1^{er} septembre 2022 portant délégation de signature au secrétaire général et à certains agents du Rectorat de Nantes dans le domaine financier

La rectrice de la région académique Pays de la Loire,
rectrice de l'Académie de Nantes, chancelière des Universités

- VU le code de l'éducation notamment ses articles R 442-9 et R 911-82 et suivants ;
- VU le code des marchés publics ;
- VU la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ;
- VU la loi n° 68-1250 du 31 décembre 1968 relative à la prescription des créances sur l'Etat, les départements, les communes et les établissements publics et aux décisions prises par l'Etat en matière de prescription quadriennale ;
- VU la loi 83-634 du 13 juillet 1983, modifiée, portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- VU la loi 84-16 du 11 janvier 1984, modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat ;
- VU la loi de décentralisation n° 2004-809, modifiée, du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, notamment ses articles 105 à 109 ainsi que la circulaire n° 2005-109 prise en application ;
- VU le décret n°90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les changements de résidence des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France, lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés ;
- VU le décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 portant statut des fonctionnaires stagiaires ;
- VU le décret n° 2001-848 du 12 septembre 2001 relatif à la déconcentration de certaines opérations de recrutement et de gestion concernant les ingénieurs et les personnels techniques et administratifs de recherche et de formation de l'Education nationale ;
- VU le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004, modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- VU le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat ;
- VU le décret n° 2012-16 du 5 janvier 2012 relatif à l'organisation académique ;
- VU le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- VU le décret du Président de la République en date du 13 juillet 2022 nommant Madame Katia BÉGUIN en qualité de rectrice de la région académique Pays de la Loire, rectrice de l'académie de Nantes ;
- VU le décret n° 2015-1616 du 10 décembre 2015 relatif aux régions académiques ;
- VU le décret du Président de la République en date du 29 juillet 2020 nommant Monsieur Didier MARTIN en qualité de préfet de la région Pays de la Loire, préfet de la Loire-Atlantique ;
- VU l'arrêté du 3 juillet 2009 portant règlement de comptabilité publique pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;
- VU l'arrêté rectoral n° SG/2021/002 relatif à la création de la délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports ;

- VU l'arrêté rectoral n° SG/2021/003 relatif à la création de la délégation régionale académique à la recherche et à l'innovation ;
- VU l'arrêté rectoral SG/2022/19 du 20 juillet 2022 portant organisation de la région académique Pays de la Loire et de l'académie de Nantes ;
- VU l'arrêté rectoral SG/2022/44 du 1^{er} septembre 2022 portant organisation de l'administration du rectorat de l'académie de Nantes et attribution de fonctions pour l'année scolaire 2022-2023 ;
- VU l'arrêté n°2022/SGAR/RECTORAT/476 du préfet de la région Pays de la Loire, portant délégation de signature à Madame Katia BÉGUIN, rectrice de la région académique Pays de la Loire, rectrice de l'académie de Nantes, chancelière des universités, et autorisant la subdélégation ;
- VU l'arrêté n° SG/2022/040 portant délégation de signature au secrétaire général et à certains agents du rectorat dans le domaine financier ;

A R R E T E

Article 1 : L'article 1 de l'arrêté SG n°2022/047 du 1^{er} septembre 2022 est modifié comme suit :

Lire dans le tableau annexe l'ajout de la signature des fonctionnaires suivants :

Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (DRAJES)

Madame Pascale METIVET (page 11),

Madame Pauline LEQUERRE (page 11),

Madame Anne-Chantal BONNET (page 12),

Au lieu de :

Madame Lofti HAJ

Lire :

Monsieur Lofti HAJ

Au lieu de :

Division académique des pensions et prestations (DAPP)

Madame Murielle CHANTREAU,
Cheffe de la division académique des pensions et prestations

Madame Solenne PINON,
Cheffe de bureau à la division académique des pensions et prestations

Madame Anne-Charlotte LEBRETON,
Cheffe de bureau à la division académique des pensions et prestations

Lire :

Division académique des pensions et prestations (DAPP)

Madame Murielle CHANTREAU,
Cheffe de la division académique des pensions et prestations

Madame Solenne PINON,
Cheffe de bureau à la division académique des pensions et prestations

Article 2 : Les subdélégations ainsi accordées seront adressées au Préfet de la région Pays de la Loire et déposées à la direction régionale des finances publiques des Pays de la Loire.

Article 3 : Les autres dispositions de l'arrêté SG n°2022/047 du 1er septembre 2022 restent inchangées.

Article 6 : Le secrétaire général de l'académie de Nantes est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Pays de la Loire.

Fait à Nantes, le 27 septembre 2022

La rectrice de la région académique Pays de la Loire,
rectrice de l'académie de Nantes,
chancelière des universités

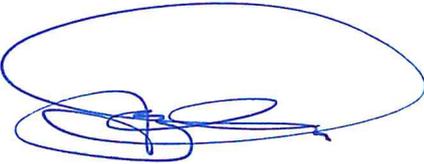
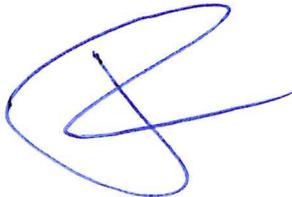
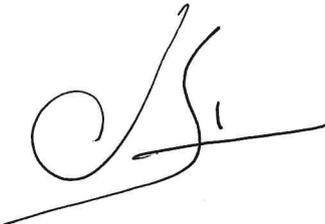


K. Béguin

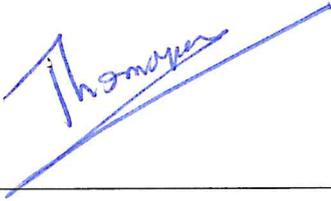
Katia BÉGUIN



Arrêté n°2022/047
Annexe 1 – Tableau des originaux de signature

NOM – Prénom	FONCTION	SPECIMEN DE SIGNATURE
Secrétariat Général		
Monsieur Pierre JAUNIN	Secrétaire Général	
Madame Christelle DURAND	Secrétaire générale adjointe de l'académie de Nantes Directrice de l'organisation générale et de l'enseignement supérieur	
Madame Annie FORVEILLE	Secrétaire générale adjointe de l'académie de Nantes Directrice de la prospective et des moyens	
Monsieur Arnaud SIMON	Secrétaire général adjoint de l'académie de Nantes Directeur des ressources humaines	
Monsieur Sébastien AUDUREAU	Adjoint au secrétaire général adjoint de l'académie de Nantes, directeur des ressources humaines	

Direction de la prospective et des moyens

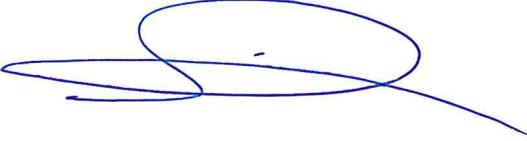
Madame Coralie THOMAZEAU	Cheffe de Bureau à la direction de la prospective et des moyens	
---------------------------------	---	--

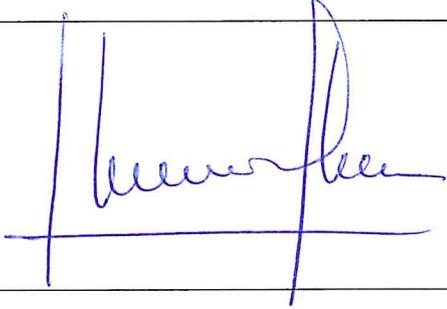
Monsieur Sébastien LORET	Chef de bureau à la direction de la prospective et des moyens	
---------------------------------	---	--

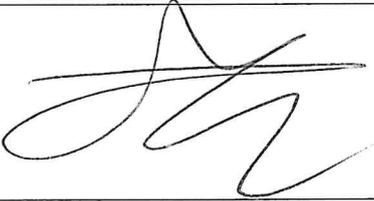
Monsieur Dominique GERARD,	Chef de bureau à la direction de la prospective et des moyens	
-----------------------------------	---	--

Division du budget et des finances

Madame Rachelle MEGUEOK	Cheffe de la division du budget et des finances	
--------------------------------	---	---

Monsieur Fawzi BEOUCHE	Chef de bureau à la division du budget et des finances	
-------------------------------	--	--

Monsieur Rémy THEOPHANE-ATIENZA	Chef de bureau à la division du budget et des finances	
--	--	--

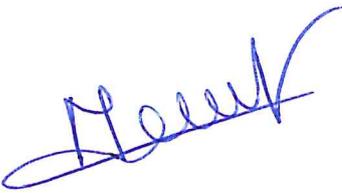
Madame Françoise BELLANGER	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-----------------------------------	--	--

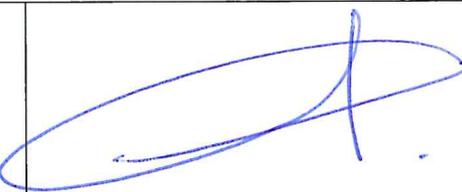
Monsieur Xavier BAGLIN	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-------------------------------	--	---

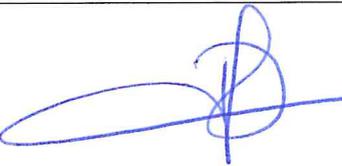
Madame Hélène ALLAIN	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-----------------------------	--	---

Madame Céline BLANCHARD	Gestionnaire de la division du budget et des finances	
--------------------------------	---	--

Monsieur Thomas PRONO	Gestionnaire de la division du budget et des finances	
------------------------------	---	--

Madame Céline MENET	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
----------------------------	--	--

Monsieur Anthony D'HERVEZ	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
----------------------------------	--	--

Madame Line MAISONNEUVE	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
--------------------------------	--	--

Madame Mauricette LANDAIS	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
----------------------------------	--	--

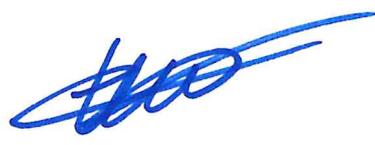
Monsieur Cédric CASSOU	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-------------------------------	--	--

Madame Amélie ACASTE	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-----------------------------	--	--

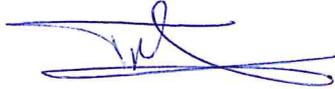
Madame Delphine RORTEAU	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
--------------------------------	--	---

Monsieur Franck JOUSSEAUME	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-----------------------------------	--	---

Madame Céline MENET	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
----------------------------	--	--

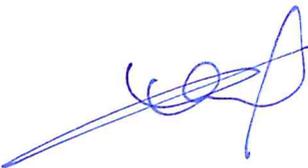
Madame Claire HERVOUET	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
-------------------------------	--	--

Madame Rabia LAKHAL	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
----------------------------	--	--

Madame Tracy NTIGNONAWOE,	Gestionnaire à la division du budget et des finances	
----------------------------------	--	--

Division académique des pensions et prestations

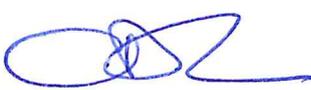
Madame Murielle CHANTREAU	Cheffe de la division académique des pensions et prestations	
----------------------------------	--	--

Madame Solenne PINON	Cheffe de la division académique des pensions et prestations	
-----------------------------	--	--

Madame Anne-Charlotte LEBRETON	Cheffe de bureau à la division académique des pensions et prestations	
--	--	--

Direction des examens et concours

Monsieur Jean-Eudes AYMER	Directeur des examens et concours	
----------------------------------	-----------------------------------	--

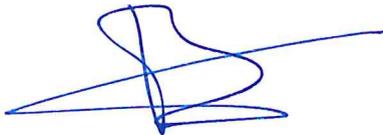
Madame Claire DIAZ	Directrice adjointe des examens et concours	
---------------------------	---	--

Madame Isabelle DEGUELLE	Cheffe de bureau à la direction des examens et concours (DEC 1)	
---------------------------------	---	--

Monsieur Stéphane ORHAN	Chef de bureau à la direction des examens et concours (DEC 2)	
--------------------------------	---	--

Madame Sandrine LERAT	Cheffe de bureau à la direction des examens et concours (DEC 3)	
------------------------------	---	--

Madame Alexandra BOSSARD	Cheffe de bureau à la direction des examens et concours (DEC 4)	
---------------------------------	---	---

Monsieur Benjamin BELLY	Chef de bureau à la direction des examens et concours (DEC 5)	
--------------------------------	---	--

Madame Valérie BOUCHER	Cheffe de bureau à la direction des examens et concours (DEC 6)	
-------------------------------	---	--

Madame Soazic GABORIT	Cheffe de bureau à la direction des examens et concours (DEC 7)	
------------------------------	---	--

Monsieur Ronan KEROMNES	Adjoint à la cheffe de bureau - Chef de section (DEC 7)	
--------------------------------	---	--

Monsieur Gilles GUILLEVIC	Chef de bureau à la direction des examens et concours (DEC 8)	
----------------------------------	---	--

Division des personnels administratifs, techniques et d'encadrement

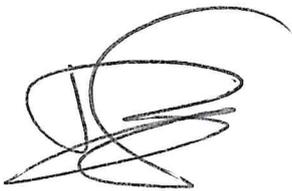
Madame Laurence INISAN	Cheffe de la division des personnels administratifs, techniques et d'encadrement	
-------------------------------	--	--

Madame Catherine EDME	Cheffe de bureau à la division des personnels administratifs, techniques et d'encadrement	
------------------------------	---	--

Madame Gwendoline BOURHIS-PRIGENT	Cheffe de bureau à la division des personnels administratifs, techniques et d'encadrement	
--	---	--

Madame Christine HERVOUET	Cheffe de bureau à la division des personnels administratifs, techniques et d'encadrement	
----------------------------------	---	--

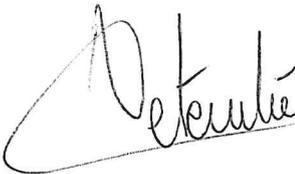
Monsieur Benjamin SAUVAGET	Chef de bureau à la division des personnels administratifs, techniques et d'encadrement	
-----------------------------------	---	--

Madame Maire-Geneviève BLANCHARD	Chargée de modernisation des processus RH - Coordonnatrice paye	
---	--	---

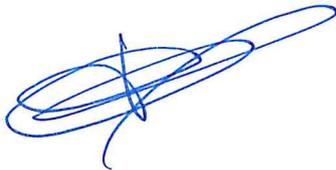
Division des personnels enseignants

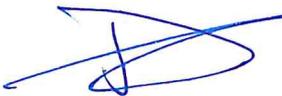
Madame Frédérique SIMON	Cheffe de la division des personnels enseignants	
--------------------------------	--	--

Madame Nathalie DELACOUR	Adjointe à la chef de la division des personnels enseignants	
---------------------------------	--	--

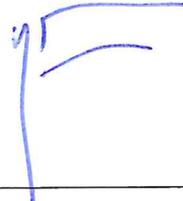
Madame Nathalie LETEURTRE (par intérim),	Cheffe de bureau à la division des personnels enseignants	
--	---	---

Madame Martine BLANCHET	Cheffe de bureau à la division des personnels enseignants	
--------------------------------	---	--

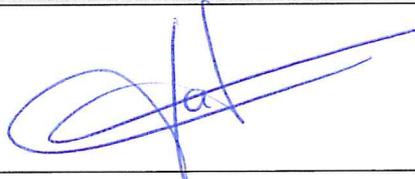
Madame Christine COSSON	Cheffe de bureau à la division des personnels enseignants	
--------------------------------	---	--

Madame Delphine LEYMARIE-MINAUD	Cheffe de bureau à la division des personnels enseignants	
--	---	--

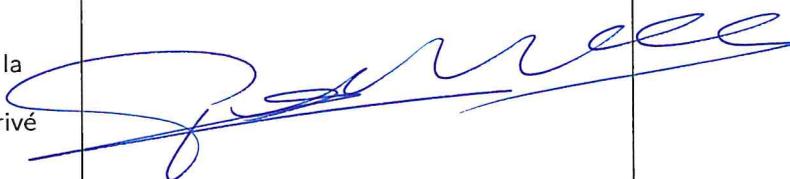
Madame Marie MONITION	Cheffe de bureau à la division des personnels enseignants	
------------------------------	---	--

Monsieur Mathias PINÇON	Chef de bureau à la division des personnels enseignants	
--------------------------------	---	---

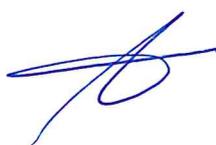
Division de l'enseignement privé

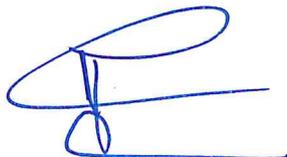
Madame Corinne LABOUREL	Cheffe de la division de l'enseignement privé	
--------------------------------	---	--

Madame Isabelle HUBIN	Adjointe à la cheffe de la division de l'enseignement privé Cheffe de bureau à la division de l'enseignement privé	
------------------------------	---	--

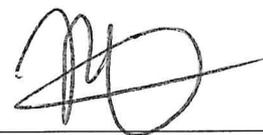
Monsieur Maxime PRIOU	Chef de bureau à la division de l'enseignement privé	
------------------------------	--	---

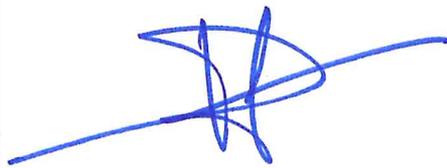
Monsieur Thierry DEFORGE	Chef de bureau à la division de l'enseignement privé	
---------------------------------	--	--

Monsieur Vincent ARMANINI	Chef de bureau à la division de l'enseignement privé	
----------------------------------	--	--

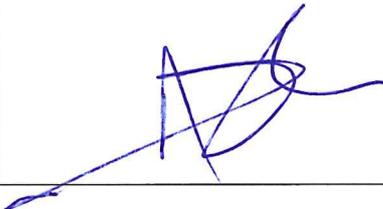
Madame Catherine LE GUERN	Cheffe de bureau à la division de l'enseignement privé	
----------------------------------	--	--

Service de l'accompagnement éducatif

Monsieur Julien PUÉ	Chef du service de l'accompagnement éducatif	
----------------------------	--	---

Service interdépartemental de gestion des enseignants des écoles publiques		
Monsieur Jean-Denis PALU-LABOUREU,	Chef du service du SIDEEP	

Service académique de gestion des personnels privé du premier degré		
Monsieur PIERRE MERIAUD	Chef du SAGEPP	

École académique de la formation continue		
Monsieur Alain GAUDEUL	Directeur de l'E AFC	

Monsieur Vincent HAVERLANT	Chef de bureau administratif et financier de l'E AFC	
----------------------------	--	---

Madame Floriane BRAY-MERCIER	Cheffe du bureau de l'encadrement, de l'accompagnement et du soutien	
------------------------------	--	--

Service des constructions universitaires		
Monsieur Gilles BLANCHARD	Chef du service des constructions universitaires et scolaires	

Madame Marie-Paule TOUPIN	Adjointe au chef de service des constructions universitaires et scolaires	
---------------------------	---	--

Délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports

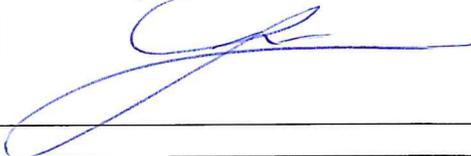
Monsieur Thierry PERIDY	Délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports	
-------------------------	---	--

Monsieur Fabrice LANDRY	Adjoint au délégué régional académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports	
-------------------------	--	--

Madame Zaoudjatta MHOUMADI	Assistante Administrative	En congé maternité
----------------------------	---------------------------	--------------------

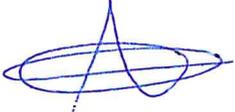
Madame Anaëlle BEZIE	Assistante Administrative	A. BEZIE, le 20/09/2022 
----------------------	---------------------------	--

Madame Pascale METIVET	Responsable budgétaire Assistante Administrative Attachée d'Admission - - maison d'Etat	 le 27/09/22
------------------------	--	--

Madame Claire MULLOT	Assistante Administrative	le 20/09/2022 
----------------------	---------------------------	---

Pauline LEQUERRE	Assistante Administrative	le 27/09/22 
------------------	---------------------------	---

Madame Martine CHAMBRAGNE	Assistante Administrative	
---------------------------	---------------------------	--

<p>Madame Anne-Chantal BONNET</p>	<p>Assistante Administrative</p>	
--	----------------------------------	--

<p><i>Monsieur</i> Madame Lotfi HAJ</p>	<p>Assistante Administrative</p>	
--	----------------------------------	--

<p>Madame Yashepangou KIDIRI</p>	<p>Assistante Administrative</p>	
---	----------------------------------	--

Délégation régionale académique à la recherche et l'innovation		
<p>Monsieur Pierre-Yves MANACH</p>	<p>Délégué régional académique à la recherche et l'innovation</p>	

