

CENTRE COLLABORATEUR DE
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
POUR LA RECHERCHE ET LA FORMATION EN
SANTE MENTALE (CCOMS Lille, France)

BILAN ANNUEL 2014



SOMMAIRE

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES.....	3
LES VALEURS DU CCOMS.....	5
LES TERMES DE REFERENCE DU CCOMS 2014-2018	5
TOR 1 : Contribuer aux travaux de l'OMS pour la promotion des services de santé mentale communautaires.	6
1-1 Organisation de visites et de stages dans le secteur 59G21 (service intégré dans la cité).....	7
1-2 Soutien méthodologique pour le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale dans les pays francophones en collaboration avec l'OMS.	11
1.a Santé mentale en population générale (SMPG).....	16
1.b Santé en population carcérale : évaluation de la santé mentale, physique et des conditions sociales des arrivants en milieu pénitentiaire dans la région Nord-Pas-De-Calais.....	18
1.c Enquête sur les hospitalisations d'office (SDRE) dans 4 régions françaises : Nord Pas-de-Calais, Aquitaine, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur.....	20
TOR 2 : Contribuer aux travaux de l'OMS sur l'empowerment des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants.....	23
2-1 Développement du QualityRights ToolKit de l'OMS	24
2-2 Promotion des indicateurs d'empowerment des citoyens et des usagers des services de santé mentale.....	26
2-a Programme Médiateurs santé Pairs	29
TOR 3 : Renforcer les systèmes d'information et les connaissances en santé mentale.	35
3-1 Révision de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-10, dans les pays francophones	36
TOR 4 : Aider l'OMS à lutter contre les comorbidités physiques associés aux troubles de santé mentale.....	39
4.1 Enquête nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » ...	40

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Centre Collaborateur de l'OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale (Lille, France)

Rattachement administratif :

Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole

Directeur de l'établissement de rattachement :

Joseph HALOS – Directeur Général, EPSM Lille-Métropole

Directeur du CCOMS (Lille, France) :

Dr Jean-Luc ROELANDT

Contact :

211 rue Roger Salengro

59260 Hellemmes - Lille

Tél : 03.20.43.71.00

fax : 03.20.43.71.15

ccoms@epsm-lille-metropole.fr

Le Centre Collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS Lille, France) est une organisation fonctionnelle rassemblant un réseau d'actions, de compétences, de programmes, en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS.

Il répond aux exigences de recherche et de formation définies par l'OMS. Il regroupe des hôpitaux, centres de recherche et universités qui participent à la mise en place de son programme d'actions. Le Centre est désigné tous les 4 ans par l'OMS, sur la base d'un programme pluriannuel.

Il regroupe des hôpitaux, centres de recherche et universités qui participent à la mise en place de son programme d'actions.

Le Centre est constitué d'un réseau de personnes qualifiées et d'un Conseil Scientifique consultatif, tous les deux rassemblés autour de valeurs communes.

Le CCOMS travaille en lien :

- avec les services du ministère de la santé français : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), ainsi qu'avec le Secrétariat Général du Comité Interministériel des Villes et l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES)
- avec la Caisse Nationale Solidarité Autonomie (CNSA), l'Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des Chances (ACSé)
- avec l'Union Européenne, l'OMS International (Genève), l'OMS EURO (Copenhague) et les autres bureaux régionaux de l'OMS ainsi que de nombreux Centres Collaborateurs OMS spécialisés dans la santé mentale
- avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (Nord Pas de Calais - F2RSM)
- avec de nombreuses associations d'usagers, de professionnels, d'élus, humanitaires, nationales et internationales : Fédération Nationale des Usagers et Ex-usagers de la Psychiatrie (FNAPSY), Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM), Comité Français pour la Réhabilitation Psycho-sociale (CFRP), Association des Maires de France (AMF), Elus, Santé Publique et Territoires (ESPT), International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), World Psychiatric Association (WPA), World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Global Forum for Community Mental Health, European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness (EUFAMI), European Network of (ex-) Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Global Initiative on Psychiatry (GIP)

LES VALEURS DU CCOMS

- La pleine participation des citoyens usagers ou non au développement de la qualité des services de santé mentale
- La promotion de services de psychiatrie intégrés et communautaires
- La lutte contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques et la promotion de la santé mentale
- Le développement de réseaux de recherche, de formation, d'information en santé mentale
- La valorisation, le partage et la diffusion des expériences innovantes en santé mentale
- La participation des établissements hospitaliers à une recherche indépendante, menée par des professionnels et des acteurs de terrains
- Le travail en réseau avec l'ensemble des partenaires oeuvrant dans le champ de la santé mentale, qu'ils appartiennent au domaine sanitaire et social ou à la société civile

LES TERMES DE REFERENCE DU CCOMS 2014-2018

- 1. Contribuer au travaux de l'OMS pour la promotion des services de santé mentale communautaires**
 - Organisation de visites et de stages dans le secteur 59G21 (service intégré dans la cité)
 - Soutien méthodologique pour le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale dans les pays francophones en collaboration avec l'OMS
- 2. Contribuer aux travaux de l'OMS sur l'empowerment des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants**
 - Développement du QualityRights Toolkit de l'OMS pour la promotion des droits des personnes handicapées, basé sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.
 - Promotion des indicateurs d'empowerment pour les citoyens et les personnes usagères des services de santé mentale.
- 3. Renforcer les systèmes d'information et les connaissances en santé mentale**

Révision de la classification des troubles mentaux et du comportement de la classification internationale des maladies (CIM 11) dans les régions francophones.
- 4. Aider l'OMS à lutter contre les comorbidités physiques associés aux troubles de santé mentale**

Promotion d'une bonne santé physique et mentale pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, en lien avec l'OMS Europe.

TOR 1

Contribuer au travaux de l'OMS pour la promotion des services de santé mentale communautaires

Le CCOMS est basé dans un service de santé mentale intégré dans la cité, validé par l'OMS International et l'OMS Europe comme exemple de « bonne pratique ». Il a été désigné par l'OMS Europe co-leader avec le CCOMS de Trieste (Italie) pour la transformation des services en Europe et le soutien au développement de services de santé mentale intégrés et communautaires dans le monde.

Plusieurs actions sont développées dans le cadre de cette activité :

- 1.1 Organisation de visites et de stages dans le secteur 59G21 (service intégré dans la cité).
- 1.2 Soutien méthodologique pour le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale dans les pays francophones en collaboration avec l'OMS.

Outre ces actions référentes au terme 1 de la redésignation du CCOMS pour la période 2014-2018, d'autres recherches débutées dans le cadre de termes de références de périodes antérieures continuent :

- 1.a Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (SMPG)
- 1.b Santé en Population Carcérale (SPC)
- 1.c Enquête sur les Hospitalisations d'Office - SDRE

1-1. Organisation de visites et de stages dans le secteur 59G21 (service intégré dans la cité)

Responsables :

- Dr Jean-Luc Roelandt, psychiatre, président de la Commission Médicale d'Etablissement (EPSM Lille Métropole), directeur du CCOMS.
- Dr Laurent Defromont, psychiatre, chef de pôle secteur Lille Est (59G21), EPSM Lille-Métropole.
- Nicolas Daumerie, psychologue, secteur Lille Est (59G21), EPSM Lille Métropole.
- M. Gery Kruhelski, cadre supérieur de santé, secteur Lille Est (59G21), EPSM Lille Métropole.

Types d'activités :

- Soutien technique aux équipes
- Soutien au développement de projet de création de systèmes de santé mentale intégrés
- Formations comprenant des visites de réalisations et des immersions dans les services de soin et d'insertion

Description de l'activité et de sa mise en œuvre :

Chaque année depuis l'an 2000, une centaine de décideurs politiques, de travailleurs sociaux, d'usagers, de professionnels de la santé, représentants des secteurs de la santé mentale, du social et de la santé, à un niveau national ou international, participent à des formations ciblées et à des visites locales de services de santé mentale intégrés dans la cité.

Ils contribuent à des échanges nationaux et internationaux dans le cadre d'une recherche sur le développement de traitements et de systèmes de soins innovants, orientés vers le rétablissement des personnes et intégrant la participation des utilisateurs de ces services dans la mise en œuvre de ces nouvelles solutions.

En 2014, le CCOMS a apporté un soutien technique, en France et à l'international, afin de créer un réseau de services de santé mentale axés sur le rétablissement des personnes, grâce à :

- des visites de sites, immersions et formations ciblées proposées à des acteurs des services de santé mentale inscrits dans un processus de réorganisation de ces derniers (voir détail dans le tableau ci-après).
- en coordination avec l'OMS, un accompagnement de sites ou de pays (Belgique, Turquie...) dans la mise en œuvre de la psychiatrie communautaire et de Conseils locaux de santé mentale.

DESCRIPTION	TERRITOIRES	CIBLES	PARTENAIRES ASSOCIES	CALENDRIER
Formation en immersion pour des professionnels de santé mentale belges développant des équipes mobiles dans un réseau communautaire de santé mentale. Format ciblé et support technique.	BELGIQUE (national)	Professionnels de santé mentale belge aux profils variés : infirmières, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, encadrants de santé... (environ 40 personnes).	Ministère fédéral de la santé OMS Europe	Du 13 au 15 janvier Du 10 au 12 mars Du 12 au 14 mai Du 23 au 25 juin (6-10 professionnels par formation)
Accompagnement au développement de projet	FRANCE (national)	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (2 personnes)	L'Etat ; L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ; La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; Les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.	Le 16 janvier
Soutien au développement de politiques de santé publique	FRANCE (national)	Direction générale de la santé (DGS) et Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Chefs de projets (2 personnes)	Ministère français des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes	Le 23 janvier
Visite de réalisation	INTERNATION AL	Participants à l'atelier « Comment promouvoir l'empowerment en santé mentale » des 4es Rencontres internationales du CCOMS (10 personnes)	Ceux des 4es Rencontres internationales du CCOMS	Le 29 janvier
Accompagnement au développement de projet	ROYAUME UNI (national)	Membres du Think Tank Centre Forum, Commission santé mentale – Royal College of Psychiatrists (Londres) – (2 personnes)	Réseau international de santé mentale	Les 17 et 18 février
Formation-immersion pour des professionnels du secteur de la santé mentale développant de nouveaux services	FRANCE ET INTERNATION AL	Participants au Diplôme inter-universitaire (DUI) Santé mentale de la communauté organisé par le CCOMS à Paris, Lille et Marseille (40 persons)	Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais Programme "Un chez soi d'abord"	Du 25 au 26 mars

Formation-immersion pour des professionnels du secteur de la santé mentale développant de nouveaux services Formation ciblée et soutien technique	FRANCE (local) Dignes les Bains	Professionnels du service santé mentale du centre hospitalier de Dignes les Bains Hospital Center (CH Dignes) : personnel administratif, infirmières, psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues, cadre infirmier et encadrant de santé (52 personnes)	International Mental Health Collaborating Network	14 au 18 avril 19 au 23 mai 15 au 19 septembre 17 au 21 novembre 08 au 12 décembre
Visite de réalisation	ITALIE (local) Trieste	Psychiatres en internat de la clinique psychiatrique Université de Trieste (10 personnes)	International Mental Health Collaborating Network Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale	21 et 22 mai
Accompagnement au développement de projet	FRANCE (local) Sartre	Professionnels du service santé mentale du centre hospitalier de la Sartre : Chef d'équipe infirmiers	International Mental Health Collaborating Network Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale	2 au 6 juin
Accompagnement au développement de projet	FRANCE (local) Rouffach	Professionnels du service santé mentale du centre hospitalier de Rouffach : Encadrants et responsables adjoints, coordonateurs de santé, chef de service de santé mentale, responsable de la commission médicale 5 personnes	International Mental Health Collaborating Network Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale	3 et 4 juin
Formation ciblée pour les professionnels de santé mentale développant des services de santé mentale communautaires Accompagnement au développement de projet	FRANCE (local) St Lô, Picauville	Professionnels du service santé mentale de St Lô et Picauville : responsable de la commission médicale, chef d'équipe infirmiers, 3 infirmiers encadrants, 2 psychiatres, manager de développement 8 personnes	International Mental Health Collaborating Network Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale	19 au 20 juin

Accompagnement au développement de projet Qualification mutuelle avec des usagers orientée vers la ré-insertion sociale	ROYAUME UNI (local) Londres Pays de Galles	Mental Health Foundation – Londres, UK : Responsable des thématiques empowerment et inclusion sociale, Mental Health Foundation. Ancien conseiller technique à l'OMS sur la thématique de l'empowerment. Ancien usager de services de santé mentale. Directeur de la recherche, Mental Health Foundation. 2 personnes	Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale OMS EUROPE (projet réseau Empowerment)	9 au 10 septembre
Accompagnement au développement de projet	FRANCE (local) Lille EUROPE	Centre de ressources pour le handicap mental Chargés de projets, travailleurs sociaux (2 personnes) Santé mentale EUROPE Comité exécutif (3 personnes)	Usagers et travailleurs sociaux d'ONG Services communautaires de Lille Métropole Conseils locaux de santé mentale OMS EUROPE (réseau projet empowerment)	

Total : intervention auprès de 179 personnes en 2014

Publications :

Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. 2014 "Community mental health service: an experience from the East Lille, France". J Mental Health Hum Behav, Indian Psychiatric Societies,19, pp 10-8.

Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Daumerie N, Marsili M, avec le soutien de Roleandt JL and Defromont L, (Lille, France) and Hilton E (UK). "Lessons from Lille", In: David Crepaz-Keay, Eva Cyhlarova et al. "Mental Health Today and Tomorrow", Pavilion Publishing and Media.

1-2 Soutien méthodologique pour le développement des Conseils Locaux de Santé Mentale dans les pays francophones en collaboration avec l'OMS

Le CCOMS a initié un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM grâce au soutien initial de la Délégation interministérielle à la ville (DIV) puis de l'Agence de cohésion sociale et d'égalité des chances (ACSé) pour la période 2007-2012. Ce programme a été reconduit en 2014 par l'ACSé et la Délégation Générale de la Santé (DGS).

CONTEXTE

Le champ des professionnels et organisations intervenant dans le champ de la santé mentale est cloisonné et dispersé. L'enjeu est ici d'organiser des niveaux cohérents de prise en charge des soins et d'insertion, de permettre la compréhension des troubles psychiques, de fluidifier les parcours en organisant l'accès aux soins pour tous et en luttant contre la stigmatisation qui entoure les troubles psychiques. Les conseils locaux de santé mentale, qui commencent à se déployer en France, peuvent être l'outil de ce décroisement.

D'une quinzaine de CLSM opérationnels en 2005, les CLSM sont actuellement plus de 100 et une soixantaine est en cours de création.

OBJECTIFS

- Appui méthodologique auprès des collectivités locales et territoriales, associations d'usagers et d'aidants des secteurs de psychiatrie, ARS (création de CLSM, aide à la pérennisation, conseils pour la rédaction d'un cahier des charges...)
- Mise en place d'un réseau national des CLSM

Activités opérationnelles mises en place

Actions locales :

- Intervention sur site : présentation de la démarche CLSM aux acteurs locaux, participation aux réunions de travail
- Transmission de documents : outils (modèles de convention, chartes...) , contacts
- Relecture et conseils pratiques

Actions nationales :

- Etat des lieux et capitalisation des données des CLSM (actions et outils mis en place)
- Mise en place de guides/recommandations
- Valorisation de la démarche CLSM dans des colloques nationaux et internationaux, rédaction d'articles
- Site internet : actualités des CLSM (www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=clsm)
- Organisation des rencontres nationales

Zone géographique concernée : territoire national

PARTENAIRES

DGS : co-financement depuis 2012, contact : Philippe Leborgne.

CGET : co-financement depuis 2009 , contact : Stephan Ludot.

Association Elus Santé Publique et Territoires : organisation des rencontres nationales depuis 2012 et partenaire de plusieurs actions du programme (projet de formation, création d'outils, etc.), contact : Laurent El Ghozi.

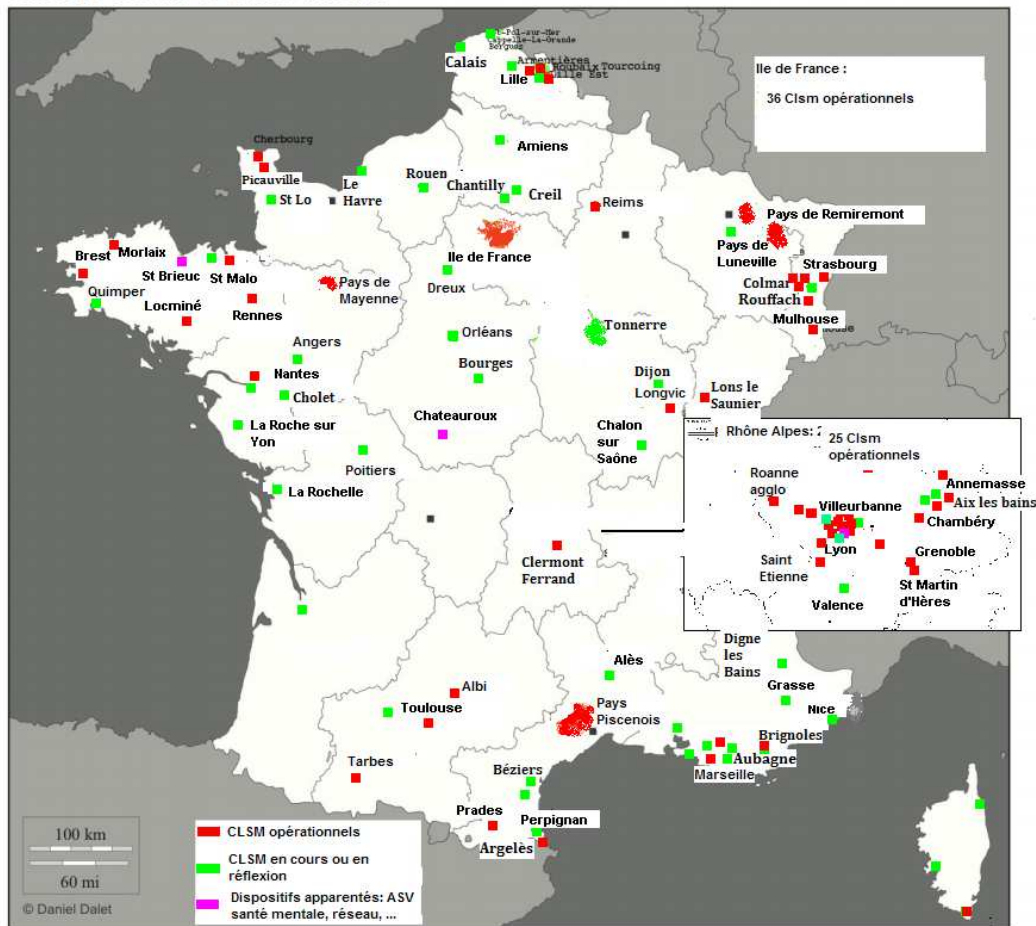
Plateforme nationale de ressources ASV : CCOMS membre de leur conseil d'administration depuis 2013, la plateforme est partenaire de plusieurs actions du programme dont le projet de formation, contact : Agnès Bensussan.

BILAN ACTIVITES 2014

ETAPES/ACTIVITES/ AXES	ZONES CONCERNEES	ACTEURS CONCERNES	PARTENAIRES ASSOCIES	CALENDRIER	COMMENTAIRES
Organisation de la troisième rencontre nationale	Territoire national	Membres des CLSM Plus de 350 participants	ESPT Psycom Plateforme ASV	Journée le 18 septembre	Thématique « démocratie et santé mentale »
Intervention sur site pour mise en place de CLSM 26 interventions	Plus de 25 collectivités locales	Membres des CLSM		Sur l'année	
Réunions pour l'organisation de la rencontre nationale 9 réunions	Paris ou Nantes	Participants à la rencontre	ESPT Psycom Plateforme ASV	Sur l'année	
Interventions dans des formations, congrès ou présentation du programme ou de la démarche CLSM 17 interventions	Territoire national	DGS, ARS, Acsé, IREPS, ASV, centres sociaux, CNFPT...		Sur l'année	Une vingtaine d'interventions
Appui méthodologique : transmission d'outils, réunions téléphoniques..	53 CLSM ou villes ayant un projet de CLSM	Membres de CLSM (ou à l'initiative de projet de CLSM)		Sur l'année	
Information auprès des institutions, structures partenaires de CLSM	19 structures	ARS, Unafam GEM, ASV, INPES, IREPS, CRIAVS, ORSPERE...		Sur l'année	
Construction d'une formation à destination des coordinateurs CLSM 3 réunions	Territoire national	L'ensemble des CLSM	Psycom ESPT Plateforme ASV CNFPT Institut Renaudot	Cette formation se déroulera à l'automne 2015	

Participation au réseau de partenaires 5 conseils d'administration et une assemblée générale	Territoire national	Adhérents à la plateforme nationale ASV	Adhérents à la plateforme et les ASV	Sur l'année	La coordinatrice du programme des C CLSM lsm est administratrice au sein de la plateforme ASV depuis 2013
--	---------------------	---	--------------------------------------	-------------	---

Conseils locaux de santé mentale



FREINS ET LEVIERS RENCONTRES

Depuis 2012, plusieurs ARS soutiennent la démarche CLSM en intégrant une fiche action « CLSM » au sein du contrat local de santé. Cette mobilisation développe les projets de CLSM sur l'ensemble du territoire national, ce qui nécessite un appui plus important de la part du CCOMS.

PUBLICATIONS-COMMUNICATION TOR 1

Conférences invités

- Roelandt Jean-Luc, 2014/avril, Rennes - conférence « Psychiatrie intégrée dans la cité »
- Roelandt Jean-Luc, 2014/octobre, Paris – Mad Days organisé par l'UNAFAM – « La représentation des maladies psychiques dans les médias : vers un nouveau regard ? »

Congrès

- Roelandt Jean-Luc, 2014/septembre, Nantes – Organisation "Démocratie et santé mentale : Quelles politiques ? Quels acteurs ? Quels partenariats ? Journées nationales ESPT : troisièmes rencontres nationales des CLSM et première rencontre nationale des acteurs des SISM"
- Roelandt Jean-Luc, 2014/septembre, Londres – Mental Wellbeing in all policies congress – Intervention « Evolution du dispositif de santé mentale en France - vers une réelle démocratie citoyenne sanitaire »
- Roelandt Jean-Luc, 19 et 20/11/2014 Federació Salut Mental Catalunya EL DRET A L'HABITATGE EN SALUT MENTAL : UN REpte DE FUTURE - Barcelone – Intervention « L'HABITATGE, UN ELEMENT CENTRAL DE LA CIUTADANIA EN L'AMBIT DE LA SALUT MENTAL *Recomanacions d'aplicació pràctica de l'OMS a França* »
- Roelandt Jean-Luc, 28/11/2014 – Rouen – Colloque international Expériences exceptionnelles d'ici et d'ailleurs – CIM
- Roelandt Jean-Luc, 4 et 5/12/2014 – MGEN Paris – Du soin à l'accompagnement en santé mentale – Atlas OMS

Présentation aux décideurs politiques

- Roelandt Jean-Luc, 2014/juin, Paris – Rencontre Assemblée Nationale, Denys Robiliard – Loi santé mentale
- Roelandt Jean-Luc, 2014, Lille – Présentation du secteur 59G21 à Denys Robiliard

Documents destinés aux décideurs

- Roelandt Jean-Luc, Recommandations pour la mise en place d'un CLSM
- Roelandt Jean-Luc, Présentation du programme d'appui au développement des CLSM aux ARS

Autre présentation

- Roelandt Jean-Luc, 2014/février, Lille – réunion de travail sur les équipes mobiles avec l'ANAP
- Roelandt Jean-Luc, 2014/février – Formation équipes mobiles Belgique
- Roelandt Jean-Luc, 2014/octobre, Val de Marne – Intervention au CGET « Conseils Locaux de Santé Mentale »
- Roelandt Jean-Luc, 2014/septembre, Nantes – Intervention ARS Grand Ouest – Formation territorialisation et psychiatrie
- Roelandt Jean-Luc, 07/10 : intervention Conférence de Territoire Santé Mentale département 77, IDF – CLSM

Publications

- Roelandt JL, Daumerie N, Defromont L, Caria A, Bastow P, Kishore J. Community mental

health service: an experience from the East Lille, France. J Mental Health Hum Behav 2014;19:10-8.

- Guézennec P, Jerber M. 2014. La démarche des conseils locaux de santé mentale. Les cahiers de l'IAU, n°170-171, p 112

Submitted:

- Crepaz-Keay D, Cyhlarova E, Daumerie E, Marsili M, with the support from Roleandt JL and Defromont L (Lille, France) and Hilton E (UK). "Lessons from Lille", In: David Crepaz-Keay, Eva Cyhlarova et al. Improving MH services: lessons from Europe.

Projets 2015 :

- Belgium : Feed back meeting in Lille, February 3rd to 4th. Technical support to the next steps of the Psy 107 MH Reform development.
- University Degree in Community Mental Health organised by the WHO CC (Lille, France) in Paris (January), Lille (March) and Marseille June 2015
- St Lo and Picauville, Working days February 5th to 6th : support to the community based services implementation project

1.a Santé mentale en population générale (SMPG)

CONTEXTE

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG) est une recherche-action internationale multicentrique, menée depuis 1997.

Utile pour la définition des besoins en santé mentale et nécessaire à l'évaluation des perceptions relatives à la folie, cette recherche multicentrique est un outil d'aide à l'élaboration des politiques nationales de santé mentale.

Le CCOMS, dans le cadre de sa mission de collaboration internationale, fournit une aide méthodologique et met à disposition un réseau d'experts pour la réalisation de cette enquête aux équipes internationales qui en font la demande.

Depuis son commencement en 1997, l'enquête SMPG a été réalisée sur 83 sites : 68 sites nationaux et 15 internationaux, soit plus de 74 000 personnes interrogées (61 000 individus en France - dont 2500 dans les DOM - et près de 13 500 individus pour l'ensemble des sites internationaux).

OBJECTIFS

L'enquête SMPG a deux objectifs principaux :

1. Décrire les représentations mentales liées à la "folie", "la maladie mentale", "la dépression" et aux différents modes d'aide et de soins, et estimer la prévalence des principaux troubles psychiques dans la population générale âgée de plus de 18 ans.
2. Sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale.

Pour chaque site participant à l'enquête, les données sont recueillies par des enquêteurs formés, grâce à des questionnaires administrés au cours d'entretiens en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, anonymement, en respectant des quotas socio-démographiques (sexe, âge, CSP...) de manière à constituer un échantillon aussi représentatif que possible de la population vivant sur la zone géographique concernée. Pour chaque personne interrogée, les questions explorent ses propres représentations ainsi que la présence de troubles mentaux actuels ou passé et les recours thérapeutiques et/ou aides utilisés.

BILAN 2014

- AXE 1 : Aide technique pour la mise en place et le suivi de l'enquête SMPG sur des sites nationaux

Préparation de l'enquête SMPG :

- Lomme/Saint-André
- Nantes
- Tahiti/ Pacifique Occidental
- Mayotte

Réalisation de l'enquête SMPG :

- Guadeloupe
- Nantes
- Lomme/Saint-André

Préparation de la restitution des résultats de l'enquête au niveau local : Lomme/Saint-André

- AXE 2 : Aide technique pour la mise en place et le suivi de l'enquête SMPG sur des sites internationaux

- AXE 3 : Analyse des données recueillies dans le cadre de l'enquête SMPG

- **Pierre-Alexis Geoffroy, CHRU Lille** : Analyse de la base de données nationale sur le thème « Saisonnalité et trouble psychiatriques ».

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine soutenue le 11 avril 2014 à la faculté de médecine Henri Warembourg.

- **Francis Chabaud, Imane Benradia, Jean-Luc Roelandt ; Hôpital Henri Laborit (Potiers) – CCOMS (Lille)** : analyse des prévalences de troubles mentaux parmi 15 747 personnes réparties sur 18 sites internationaux.
- **Chérifa Sider, Paris 13 – Hopital d'Alger** : risque suicidaire et trouble de stress post-traumatique à partir des résultats de l'enquête Santé Mentale Population Générale (SMPG) en Algérie.
- **Benjamin Rolland, CHRU de Lille ; Université Lille Nord de France** : analyse de la base de données nationale sur le thème « écarts d'accès aux soins et aux traitements spécialisés selon les différentes catégories de troubles mentaux en France ».
- **ECEVE INSERM UMR 1123, équipe ERASM, IRDES, CCOMS EPSM Lille Métropole : candidature à l'appel à projets de l'IReSP 2014 « Facteurs associés aux recours aux soins de santé mentale : une recherche d'inégalités sociales. (FASCINE) ».**

COMMUNICATION

Sider Chérifa. La double souffrance : de la stigmatisation à l'exclusion du malade mental. Colloque international la santé mentale dans tous ses états. 1 et 2 décembre 2014, Béjaïa, Algérie.

PUBLICATION

A paraître :

Askevis-Leherpeux, F., Cretin, A., Genin, M., Schiaratura, L.T., & Hofer, B. (2015). Lay theories on the role of biomedicalization in the exclusion of depressed people. *Journal of Social and Clinical Psychology*.

1.b Santé en population carcérale : évaluation de la santé mentale, physique et des conditions sociales des arrivants en milieu pénitentiaire dans la région Nord-Pas-De-Calais

CONTEXTE

La santé mentale et physique en population carcérale reste un sujet préoccupant de nos jours pour le milieu médical comme pour les politiques. Quelques études ont déjà été réalisées mais les résultats diffèrent selon la méthodologie. D'autre part, il n'existe pas d'étude standardisée récente sur la santé des personnes incarcérées dans les prisons du Nord-Pas-de-Calais. Néanmoins, des études comme l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) (DRASS NPdC 2008) montre que la population de cette région présente un état de santé mentale plus fragile que la moyenne de la population française (36 % contre 32 %). Il serait donc pertinent de penser que l'état psychique des personnes arrivant en milieu carcéral dans cette région soit également fragile.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la fréquence des troubles psychiatriques chez les arrivants en milieu pénitentiaire dans la région Nord-Pas-de-Calais et secondairement de comparer les résultats avec ceux de la population générale dans l'enquête SMPG.

Cette étude a été conçue par le CHRU de Lille et le CCOMS, et expertisée par la Fédération de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) Nord Pas-de-Calais.

RESUME DE LA RECHERCHE

Type d'étude

Etude épidémiologique multicentrique sur un seul groupe évalué (population en milieu carcéral)

Nombre de centres

9 centres pour personnes majeures

OBJECTIFS

Objectif principal

Mesurer la **fréquence des troubles psychiatriques** à l'aide du "Mini-International Neuropsychiatric Interview" (MINI) chez les arrivants **tout venant** en milieu pénitentiaire dans la région Nord-Pas-de-Calais : troubles de l'humeur (épisode dépressif, trouble dépressif récurrent, dysthymie, épisode maniaque), troubles anxieux (agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, anxiété généralisée, état de stress post-traumatique), addictions (troubles liés à une consommation abusive d'alcool et de drogues), troubles psychotiques, risque suicidaire et insomnie.

Objectifs secondaires

- Comparer les résultats de la fréquence des troubles psychiatriques des arrivants en milieu pénitentiaire **qui résident** dans la région Nord-Pas-de-Calais (NPdC) avec ceux de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) du NPdC.
- Evaluer la santé physique (ALD, CMU, présence d'un médecin traitant, antécédents familiaux et personnels médicaux, chirurgicaux et gynéco-obstétricaux, allergie, vaccination, examen clinique, dépistage).

- Evaluer la situation sociodémographique des arrivants (âge, sexe, situation maritale, niveau d'étude, profession, revenus, logement, mesure de protection, suivi socio-éducatif, religion, nationalité, antécédents d'incarcération).
- Elaborer un indicateur régional de la situation sanitaire et sociale des arrivants en milieu pénitentiaire.
- Instaurer une base de réflexion de travail sur la santé, la politique pénale et pénitentiaire dans la région NPdC.

Avis favorables reçus

- de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM),
- du Comité de protection des personnes Nord-Ouest IV (CPP), du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS),
- de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Soutien financier

L'Agence Régionale de Santé du Nord-Pas-de-Calais a accordé un financement de l'enquête « Santé en Population Carcérale » dans cadre de l'appel à projets « Prévention – Promotion de la santé 2013 ».

Formation

Deux sessions de formation à la passation du MINI ont été réalisées auprès de 22 enquêteurs, psychologues et infirmiers, répartis sur les 9 maisons d'arrêt participantes.

BILAN 2014

- Une réunion de mise en place de l'étude a eu lieu dans chaque maison d'arrêt.
- Les inclusions ont débuté en mars 2014.

A ce jour, 258 inclusions sur les 655 prévues ont été réalisées :

	Prévisionnel	Attendu
Sequedin	126	77
Douai	105	7
Longuenesse	79	23
Béthune	77	NC
Valenciennes	69	26
Annoeulin	63	26
Maubeuge	55	44
Arras	48	23
Dunkerque	33	32
total	655	258

Une newsletter électronique a été mise en place pour informer les investigateurs et partenaires de l'état d'avancement de l'étude, précisant un récapitulatif des inclusions par centre ainsi que les dernières actualités et les dates clés à venir.

1.c Enquête sur les hospitalisations d'office (SDRE) dans 4 régions françaises : Nord Pas-de-Calais, Aquitaine, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte-d'Azur

CONTEXTE

Le CCOMS, ANCRE PSY et ACFCP ont décidé de mettre en place une étude sur 5 ans (avec une première phase descriptive à 1 an) afin d'analyser les modalités d'hospitalisation d'office (HO) dans les secteurs et départements de quatre régions françaises et d'étudier le devenir des personnes hospitalisées sous ce mode. Il s'agira de promouvoir à partir de ces données une politique de prévention de l'HO et d'élaborer des principes de bonnes conduites, voire un référentiel sur le suivi et la prévention des HO.

Par ailleurs, les données des Commissions Départementales de l'Hospitalisation en Psychiatrie (CDHP) font apparaître une grande variabilité interdépartementale des taux d'HO (facteur allant de 1 à 9,8 en 2007).

Des données sectorielles retrouvées dans plusieurs bases de données (ATIH, SAE, CDHP) font ressortir que cette variabilité se retrouve également à plus petite échelle, entre les secteurs, et ceci parfois à l'intérieur d'un même département.

L'hypothèse sous-jacente à cette enquête est que la variabilité de recours à l'HO n'est pas en rapport avec la sévérité des troubles présentés par les patients mais le fait de pratiques et d'habitudes locales.

METHODOLOGIE

Deux phases sont envisagées :

1. **Phase descriptive** : analyse sur un an de la population et des modalités de décision d'entrée en HO dans quatre régions françaises. Objectifs :

- une description des profils psychiatriques et socio-démographiques des personnes entrant en HO,
- connaître l'avis des différents acteurs de l'HO (patients, psychiatres ayant établi l'HO, personnels soignants, entourage, médecins ou psychiatres traitants et élus locaux).

2. **Phase de suivi longitudinal de la cohorte** : étude du devenir des personnes hospitalisées d'office chaque année et ce pendant 5 ans.

- Recueil des données épidémiologiques en routine (RIM-Psy) afin de suivre le parcours de personnes ayant été hospitalisées d'office, en fonction des profils dégagés dans la première phase d'enquête.
- Etude des résultats en regard des typologies des pratiques en matière des hospitalisations sans consentement mis en évidence par la DREES.

L'objectif principal est de montrer que la variabilité du taux d'hospitalisation d'office (HO puis SDRE) entre les secteurs de psychiatrie n'est pas liée à la sévérité des troubles. Le critère principal de jugement est le score à l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF).

Les certificats de 24H effectués systématiquement par les psychiatres à l'entrée du patient en hospitalisation font une description clinique de la symptomatologie pouvant justifier ou non du maintien de la mesure d'HO/SDRE. Les informations fournies par le certificat permettent une cotation de l'EGF.

Une étude a été menée par nos soins pour évaluer la fiabilité inter-cotateur entre 12 cotateurs (8 psychiatres et 4 psychologues). Etant excellente, 1 psychologue, après récupération de tous les certificats (accords, refus et investigations impossibles) a réalisé le codage de l'EGF des 1 138 dossiers à partir des données des certificats des 24H anonymisées

Plan statistique :

Constitution de 3 groupes de secteurs (bas taux <10, moyen taux : de 10 à 20 et fort taux d'HO >20) pour comparaison des scores EGF. Et comparaison de toutes les variables de chacun des questionnaires, ainsi que les variables d'offre de soins (ou variables de confusion).

Inclusions

L'enquête s'est mise en oeuvre à partir du 1^{er} novembre 2009. Les formations des secteurs se sont étalées jusqu'au 31 juillet 2011.

De ce fait, l'inclusion du dernier patient pour la phase descriptive s'est faite au 31 juillet 2012. Et la phase de suivi de cohorte se terminera au 31 juillet 2016 pour les dernières personnes inclus dans l'étude pendant la première phase.

Accords obtenus

L'étude a obtenu les accords nécessaires pour sa mise en oeuvre :

- Le Comité de Protection des Personnes (CPP Nord Ouest) a rendu un avis favorable le 18 décembre 2008. Et suite à la nouvelle loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, accord CPP le 31 mai 2012.
- Le Comité Consultatif du Traitement De L'information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) : a rendu un avis favorable le 7 mai 2009.
- La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a donné son accord plus tardivement en ayant demandé une modification des questionnaires. L'avis favorable a été obtenu le 20 octobre 2009. Et suite à la nouvelle loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, accord CNIL le 11 juin 2012.

Coordinateur de l'enquête : Directeur du CCOMS, Lille, ROELANDT Jean-Luc

Investigateurs principaux :

CAROLI François, Psychiatre des Hôpitaux, CH Sainte-Anne, Paris, ROELANDT Jean-Luc, psychiatre, président de la commission médicale d'établissement (EPSM Lille Métropole), directeur du CCOMS, DEFROMONT Laurent, responsable du département d'information et recherche médicale EPSM Lille-Métropole, LAFAY Julie, VAROMME Stéphane : chargés de mission CCOMS- EPSM Lille Métropole, THALASSINOS Muriel, psychiatre des hôpitaux, Nanterre, RHENTER Pauline, politologue, chargée de mission CCOMS.

Co investigateurs régionaux :

- **Nord Pas-de-Calais :** DANIEL Thierry, Praticien hospitalier et président du GIP NPDC, THEVENON GIGNAC Catherine - Psychiatre et Chef de Service, Tourcoing, DEFROMONT Laurent, Psychiatre des hôpitaux, IVANEZ Frédéric, Psychiatre des hôpitaux, Tourcoing
- **Ile-de-France :** DAOUD Véronique – Psychiatre des Hôpitaux, DIM, Ville Evrard, Neuilly-Sur-Marne, THALASSINOS Muriel- Psychiatre des hôpitaux, Nanterre ; TRIANTAFYLLOU Michel - Psychiatre des Hôpitaux, Nanterre
- **Aquitaine :** BRUN ROUSSEAU Hélène - Psychiatre des Hôpitaux, Cadillac BAUCHERON Jean-Pierre - Psychiatre des Hôpitaux, Edouard Toulouse, Marseille ; GIORDANA Jean-Yves- Psychiatre des hôpitaux, CH Sainte-Marie, Nice. Roguet Julie, DIM

Chargée de mission nationale : Aurore Crétin,

Chargée de mission temporaire associée : Hélène Saint-Jean.

BILAN 2014 :

- Des premières analyses ont eu lieu en 2014, portant sur la comparaison des scores EGF entre 3 groupes de secteurs : faible (T1), moyen (T2), et fort taux (T3) d'HO/SDRE, les résultats ont été observés comme étant non significatifs, c'est à dire qu'il n'a pas été observé d'effet du type de secteur sur le score EGF.
- Nous avons étudié chaque variable de l'étude en effectuant des tris à plat que nous avons présenté lors d'un séminaire en avril ainsi que les résultats statistiques provenant de l'analyse de la base « variables de confusion et offre de soins ». Ces analyses révèlent plusieurs liens significatifs entre le type de secteur (faible, moyen versus fort taux d'HO/SDRE) et certaines variables d'offre de soins (ex : taux de personnes isolées, densité de places d'hospitalisation à temps partiel en psychiatrie générale pour 100 000 habitants).
- La récolte des données RIM-Psy pour les années 2010-2011-2013 sera finalisée pour janvier 2015.
- Le nettoyage des bases de données a commencé en octobre et se poursuit encore actuellement.
- La récolte des données concernant l'offre de soins est clôturée depuis décembre 2014.

TOR 2

Contribuer aux travaux de l'OMS sur l'empowerment des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants

Le CCOMS a pour mission de soutenir la participation des associations d'usagers, familles et aidants dans la réforme des services de santé mentale au niveau européen, en partenariat avec l'OMS Europe.

Plusieurs actions sont développées dans le cadre de cette activité.

- 2.1 Développement du QualityRights Toolkit de l'OMS

- Traduire en français des documents composant le QualityRights Tool kit.
- Tester la mise en place du QualityRights Tool Kit et son évaluation dans les pays francophones à faibles revenus en coordination avec l'OMS.
- Evaluer et améliorer la qualité des soins et le respect des droits des personnes dans les services de santé mentale et medico-sociaux. Les résultats seront communiqués à l'OMS.
- Favoriser le développement d'organisations de défense des droits des personnes ayant un problème de santé mentale en assurant la promotion du QualityRights de l'OMS.

- 2.2 Promotion des indicateurs d'empowerment pour les citoyens et les personnes usagères des services de santé mentale

- Développer conjointement avec l'OMS Europe un questionnaire visant à évaluer ces indicateurs dans différents services de santé mentale, régions et pays.
- Développer conjointement avec le CCOMS (Trieste, Italie) et l'OMS Europe une recommandation en 10 points sur le rétablissement en santé mentale pour les décideurs en politiques de santé.
- Développer conjointement avec l'OMS Europe des recommandations sur les bonnes pratiques d'empowerment.

Outre ces actions référentes au terme 2 de la redésignation du CCOMS pour la période 2014-2018, d'autres recherches/dispositifs débutés dans le cadre de termes de références de périodes antérieures continuent :

- 2.a Programme Médiateurs Santé Pairs

2-1 Développement du QualityRights ToolKit de l'OMS

Période : 2014 - 2017

CONTEXTE

Partout dans le monde, les personnes ayant un handicap mental ou psychosocial souffrent d'un grand nombre de violations des droits humains, de stigmatisation et de discrimination.

Souvent, les soins fournis dans les établissements de santé mentale ne sont pas seulement de faible qualité, mais entravent aussi le processus de rétablissement. La formation du personnel est minimale et dépassée, et le niveau de connaissance et de compréhension des droits des personnes ayant un handicap mental est limité. Il est fréquent que les patients se retrouvent enfermés dans de petites cellules, similaires à celles des prisons, sans aucun contact avec autrui, ou enchaînés à leur lit, dans l'incapacité de se mouvoir. Les traitements inhumains et dégradants sont fréquents, et les patients des établissements sont privés de leur dignité et traités avec mépris.

Les violations ne concernent pas uniquement les personnes hospitalisées ou en structure résidentielle ; beaucoup de personnes en soins ambulatoires ou au sein de services sociaux communautaires sont privées de leur autonomie et souffrent de restrictions importantes dans l'exercice de leurs droits fondamentaux. Dans la communauté au sens large, les personnes ayant un handicap mental se voient dénier beaucoup de droits fondamentaux, droits que la plupart des personnes considèrent comme acquis. Par exemple, ils se voient refuser la possibilité de vivre où ils le souhaitent, de se marier, de fonder une famille, d'aller à l'école ou de chercher un emploi. Bien que cela soit faux, il est communément admis que les personnes ayant un problème de santé mentale ne peuvent assumer de responsabilités, gérer leurs affaires et prendre de décisions quant à leur vie personnelle. Ces stéréotypes erronés conduisent à maintenir ces personnes en situation de marginalisation, de déchéance et d'absence de reconnaissance dans leur communauté.

Un nouveau paradigme est nécessaire, dans lequel les services promeuvent le rétablissement et mettent en lumière les éléments essentiels que sont l'autonomie et la participation des usagers des services de santé mentale dans tous les aspects de leurs soins et de leur vie privée.

OBJECTIFS

Les principaux objectifs du projet QualityRights :

1. Améliorer la qualité des services et le respect des droits humains dans les établissements de santé mentale, en hospitalisation comme en soin ambulatoire.
2. Permettre aux usagers des services de santé mentale, à leur famille et au personnel de santé de comprendre et de promouvoir les droits humains, le rétablissement et l'autonomie au sein de la communauté.
3. Lancer un mouvement citoyen de personnes ayant un handicap mental pour assurer un support mutuel et la défense de leurs droits, et orienter les politiques de santé conformément aux normes et standards internationaux en matière de droits humains.
4. Réformer les politiques et législations nationales afin qu'elles soient en harmonie avec les bonnes pratiques et les normes internationales sur les droit humains.

Localisation : international

Régions : France et pays francophones à faibles revenus.

PARTENAIRES

France: associations d'usagers et d'aidants, ENUSP, EUFAMI, Mental Health Europe

Pays francophones à faibles revenus: à définir.

ACTIVITES

Traduction en français des documents composant le QualityRights Tool kit.

- Le flyer présentant le programme a été traduit en français et est maintenant disponible.
- Des financements sont actuellement recherchés pour la traduction des documents principaux.

Travail préparatoire et diffusion de l'information

- Des groupes de réflexion ont été initiés avec des usagers, des aidants et des professionnels afin de préparer la mise en place du programme et d'identifier les ressources existantes.
- Rencontre de représentants de la Haute Autorité de santé.
- Diffusion de l'information (flyer).

2-2 Promotion des indicateurs d'empowerment des citoyens et des usagers des services de santé mentale

Période : 2013 - 2017

CONTEXTE

En 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Commission Européenne (CE) créent un partenariat autour d'un projet sur l'empowerment des usagers en santé mentale, comportant quatre volets :

1. Aider les gouvernements et acteurs locaux à la création d'un environnement favorable à la participation des usagers et aidants
2. Identifier les indicateurs favorisant l'empowerment des usagers en santé mentale
3. Recueillir un ensemble d'exemples de bonnes pratiques
4. Promouvoir la diffusion de ces bonnes pratiques

La déclaration de l'OMS (2010) sur l'empowerment des usagers en santé mentale « User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe » définit la notion d'empowerment et propose des actions selon cinq idées clés :

- La protection des droits de l'homme et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation
- L'assurance de la délivrance de soins de qualité et la surveillance des pratiques des services
- L'accessibilité à l'information et aux ressources financières
- La participation aux processus de décision
- La présence d'une organisation locale qui offre la possibilité d'avoir une voix dans les institutions et de gouverner les structures.

Les recommandations sur les actions à mettre en place s'inscrivent à différents niveaux : au niveau sociétal et structurel, au niveau de l'offre sanitaire et de son développement, au niveau de l'éducation et de la formation des professionnels, des usagers, des aidants et de la société en général et, enfin, au niveau individuel.

Sur la base de cette déclaration, 19 indicateurs d'empowerment ont été proposés, couvrant quatre champs d'application :

- Respect des droits humains et lutte contre la stigmatisation et la discrimination
- Participation aux processus de décision
- Accès à des soins de qualité et implication dans leur évaluation
- Accès à l'information et aux ressources.

OBJECTIFS

Plusieurs objectifs motivent ce travail :

- Bénéficier des points de vue des usagers, des familles et aidants ainsi que de tous les acteurs participant au système de soin (professionnels de santé et du social, élus, milieu associatif...)
- Interroger tous les pays de la zone Europe
- Tester les indicateurs et les questions-cible
- Recueillir les exemples de bonnes pratiques visant l'empowerment des usagers et aidants en santé mentale
- Formuler des recommandations concrètes et applicables
- Création d'un observatoire européen de l'empowerment en santé mentale

Localisation : international

Partenaires :

Organisations européennes : ENUSP, EUFAMI.

Associations nationales : Fnapsy, Argos 2001, France-Dépression, Advocacy-France, Unafam

Associations d'usagers et d'aidants : Grèce (SOFPSI and EPAPSY), Royaume-Uni (Hearing Voices Network), Pays-Bas (Amsterdamse Vriendensten, Mind Rights), Belgique (Psytoyens), Canada (Les porte-voix), Maroc (Association des usagers de la psychiatrie and AMALI), ainsi que des fédérations d'associations en Belgique (AIGS) et aux Pays-Bas (GGZ Nederland).

ONG : Mental Health Europe, the British Mental Health Foundation, the International Mental Health

Collaborating Network (London) and the Association of mental health service users of Quebec
Représentants d'Universités : the University of Birmingham, the University of Brunel, the University of Cambridge, King's College London and the Nottingham School of Nursing (England), Nova University of Lisbon (Portugal), the University of Stockholm (Sweden), the University of Montreal, the University of Sherbrooke and the Douglas Mental Health University Institute (Canada), Yale University (United States) and the Faculty of Medicine of Casablanca (Morocco).

Elus et représentants : ministère de la santé tunisien, ministère français des affaires sociales et de la santé, ARS Nord-Pas-de-Calais et la Mairie d'Hellemmes.

CCOMS : Genève, Montréal, Trieste et Lille.

ACTIVITES

Quatrièmes rencontres internationales du CCOMS : l'empowerment en santé mentale

Les 30 et 31 janvier 2014, les quatrièmes rencontres internationales du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille ont permis d'énoncer de nouvelles orientations en faveur de l'empowerment des usagers et des aidants en santé mentale. Plus de 400 personnes en provenance de 16 pays européens, africains et américains, ont débattu du pouvoir d'agir des usagers et des aidants.

Test des 19 indicateurs

Lors de la préparation du congrès de Lille, le CCOMS a proposé une première version d'un questionnaire reprenant ces 19 indicateurs. Une ou plusieurs questions-cible, ainsi qu'une zone de commentaire libre, ont été associées à chacun des 19 indicateurs afin d'affiner les réponses. Le questionnaire ainsi obtenu a bénéficié de relectures tant aux niveaux français qu'international. Il a ensuite été largement diffusé en version papier et informatique, et était disponible en ligne :

<http://enquetes.epsm-lille-metropole.fr/ccoms/empowermentccoms/questionnaire.htm>

Les premiers résultats et les limites rencontrées, ont été présentés lors d'une session plénière.

Recommandations pour l'empowerment des usagers et aidants

Ces rencontres ont permis de confronter les points de vue de tous (usagers, aidants, professionnels, élus).

Des recommandations en faveur de l'empowerment / autonomisation des usagers et aidants en santé mentale ont été proposées par les participants à toutes les étapes du congrès, depuis sa préparation (via les nombreuses propositions de communication reçues ou par les Conseils scientifiques) jusqu'aux séances plénières et ateliers, en passant par les réponses au questionnaire en ligne. Au total, plus de 200 recommandations ont été recueillies.

Un premier travail de regroupement et de synthèse a permis d'identifier 21 pistes de travail, regroupées en trois catégories :

- Défense des droits fondamentaux
- Participation à l'organisation et l'évaluation des soins
- Information et communication

Recherche sur l'empowerment en santé mentale

Ce programme vise à maintenir le dynamisme constaté durant le congrès de Lille en assurant la promotion des recommandations et en créant un observatoire européen de l'empowerment en santé mentale.

L'objectif principal sera de réaliser une cartographie de l'empowerment des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants en Europe, base sur des indicateurs-clés.

Le protocole est en cours d'écriture et des financements vont être recherchés.

Communications orales :

VASSEUR-BACLE, S. & VAGLIO, A. Presentation of indicators and preliminary results. 4th WHOCC International Congress : Mental health service users and carers empowerment, Lille, January 2014.

Communications écrites

VASSEUR-BACLE, S., VAGLIO, A, RAFAEL, F & ROELANDT, JL. Santé mentale en Europe : 21 recommandations en faveur de la Défense des Droits, de la Participation et de l'Information des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants. Congrès Français de Psychiatrie, Nantes, Novembre 2014.

VASSEUR-BACLE, S., VAGLIO, A, RAFAEL, F & ROELANDT, JL. Santé mentale en Europe: Recommandations en faveur de la Défense des Droits, de la Participation et de l'Information des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants. Rapport du CCOMS (Lille, France), Décembre 2014.

2-a Programme Médiateurs santé pairs

Période : janvier 2012- juin 2014

CONTEXTE

Pour la première fois en France, le programme pilote « Médiateurs de santé/pair » visait à former et embaucher dans des établissements de santé mentale, 30 personnes ayant eu des troubles psychiques, rétablies ou en voie de rétablissement. Une formation en cours d'emploi d'un an (8 semaines de cours et 36 de stage dans un service de psychiatrie) menait à l'obtention d'un Diplôme Universitaire de Médiateur de santé/pair (Université Paris 8), à la suite duquel les MSP poursuivaient leur travail dans les équipes de soins, tout en bénéficiant de modules de formation continue et de réunions régulières d'échanges de pratiques entre pairs.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE, DU DISPOSITIF

S'inspirant des expériences étrangères, en particulier québécoises, en les adaptant au contexte français, ce programme avait pour objectif de valoriser le savoir expérientiel et la formation des usagers des services de psychiatrie, afin de démontrer l'efficacité de la pair-aidance pour les personnes ayant des troubles psychiques en France.

Localisation :

Interrégional : Ile-de-France, Nord Pas-de-Calais, Provence Alpes Côte d'Azur

Partenariats financiers :

- Caisse Nationale de Solidarité pour L'Autonomie
- Agences régionales de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- Fondation de France

Partenariat méthodologique pour les évaluations externes qualitative et quantitative :

- Laboratoire du Clersé (Université Lille 1/ CNRS, Lille)
- Laboratoire URC Eco

BILAN DES ACTIVITES ET RECHERCHES SUR LE PROGRAMME EN 2014

Accompagnements individuels des médiateurs :

Le CCOMS, via les trois chargés de mission rattachés au programme, a maintenu un contact régulier avec l'ensemble des équipes tout au long de l'expérimentation. Des visites périodiques des différents sites ont débuté dès le premier trimestre 2012. Le CCOMS est ainsi resté en lien constant aussi bien avec les MSP qu'avec les équipes, par téléphone ou sur place afin de prévenir, réduire ou résoudre les problèmes émergeant : les chargés de mission se déplaçaient sur site entre les visites prévues dès que cela semblait nécessaire. Ce suivi soutenu s'est poursuivi au-delà de la première année de formation et a perduré jusqu'en décembre 2014.

La poursuite des comités de pilotage régionaux et inter-régionaux :

Ces comités se sont réunis trois fois par an jusqu'en juin 2014 et étaient animés par des représentants de chacun des trois ARS. Pour mémoire, leur composition recherchait la participation de l'ensemble des acteurs régionaux (les médiateurs de santé/pairs en formation de la région ainsi que des membres représentants de leurs équipes : chef de pôle, encadrement et interlocuteurs privilégiés). Cette composition a permis une évolution en fonction des besoins et l'intégration des personnes ressources à titre consultatif. Ces réunions ont permis également d'organiser avec tous les acteurs de terrain des retours d'expérience et de favoriser la co-construction de cette recherche action : de

nombreux ajustements ont en effet pu être faits en temps réel. Un compte-rendu de chaque réunion était systématiquement envoyé à l'ensemble des participants.

Les groupes d'échanges des pratiques :

Des échanges de pratiques avaient été institués dès le départ dans les modules de formation ainsi que chaque trimestre, avant chaque comité de pilotage, découpés en trois temps : un temps entre médiateurs, un temps pour l'équipe et un temps en commun. Les échanges de pratiques ont ensuite été instaurés de façon plus régulière. A partir de mars 2014, par demi-journée ou sur une journée complète, dans chacune des trois régions, ces échanges rassemblaient les médiateurs concernés ainsi qu'une chargée de mission du CCOMS embauchée pour cela. Concrètement, ces temps de réunions permettent aux médiateurs de présenter leurs différentes pratiques professionnelles : ils les confrontent à celles de leurs pairs qui les interrogent sur les modalités de mise en œuvre et prennent fréquemment note de ce qui pourra venir compléter leurs propres actions. Les échanges des pratiques permettent par ailleurs de proposer aux médiateurs de courts modules de formation continue : parmi les sujets abordés à la demande des médiateurs, une introduction à l'entretien motivationnel ainsi que des présentations de techniques d'animation de groupes. Ces temps de présentation d'outils sont organisés sur un modèle de mise en pratique immédiate : des situations concrètes sont proposées par les médiateurs eux-mêmes et leur permettent de se familiariser avec les techniques présentées. Ces groupes ont perduré après la fin de l'expérimentation et se sont encore réunis au cours du second semestre 2014.

La formation en éducation thérapeutique du patient :

L'implication des médiateurs de santé pairs dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) s'est imposée comme une évidence à mesure qu'ils ont avancé dans leurs prises de postes. L'ETP s'articule en effet autour de la qualité de vie du patient avec sa maladie et insiste sur l'importance de l'empowerment dans toutes ses dimensions : le sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation à l'action, les relations avec son propre environnement. L'existence même du médiateur de santé-pair constitue une preuve manifeste de la possibilité du rétablissement pour les patients ayant un problème de santé mentale. Leur implication dans la mise en œuvre des actions d'ETP vient en soutenir la portée, via la fonction de témoignage. Le médiateur apporte ici sa mise en mots et le sens d'un parcours unique de rétablissement, évocateur pour les patients de leur propre empowerment. En mai-juin 2014, le CCOMS a organisé pour les médiateurs une formation validante de 6 jours en éducation thérapeutique du patient. Cette formation a été dispensée par un organisme de formation habilité et a été conçue en collaboration avec les chargés de mission du CCOMS afin d'être centrée sur la thématique de la médiation en santé dans le contexte des troubles psychiques. Cette formation a permis l'acquisition d'outils concrets : techniques d'entretien, animation de groupes, formalisation des données. Les médiateurs ont également travaillé sur des moyens de laisser une trace de leur travail et de s'inscrire encore davantage dans une transmission des informations avec les membres de leurs équipes.

Le travail de théorisation sur le savoir expérientiel : Il apparaît aujourd'hui important de théoriser sur ce qui constitue la spécificité du médiateur de santé-pair. Le savoir expérientiel est évidemment pluriel et se décline aussi en fonction des personnalités des médiateurs. Des travaux d'élaboration sur ce savoir d'expérience ont débuté en 2013 par le biais de plusieurs réunions des médiateurs dans chacune des trois régions, et sont poursuivis sur l'année 2014. **Ont émergé quatre axes de spécificité du travail des médiateurs de santé/pairs :**

1. La distance

Dans le sens de l'absence ou de la réduction de la distance thérapeutique. Les médiateurs indiquent qu'ils se positionnent spontanément de façon accessible, proche.

2. Le bilinguisme

L'idée a été avancée que le médiateur saurait aussi bien parler la *langue* du soignant que celle du patient et qu'il assurerait ainsi une mission de traduction entre ces deux langues. Le MSP a en quelque sorte fait profession de la divulgation de sa maladie et de l'affirmation de son aptitude au

rétablissement et a développé un langage permettant d'expliciter les aléas et étapes de ce parcours. Il partage le quotidien des équipes soignantes tout en ayant été explicitement du côté des soignés et apporte un autre regard sur des comportements, propos ou prises de position de patients. De même, il profite de son *bilinguisme* pour traduire auprès des patients des postures qui s'est rétabli.

3. L'identification réciproque

Le médiateur est là pour dire comment il est parvenu au stade du *rétablissement* et témoigner ainsi de comment l'on peut y arriver, afin de permettre un phénomène d'identification. Le patient en psychiatrie, c'est-à-dire la personne à qui cela arrive d'être un patient, voit dans le médiateur un pair, et le médiateur voit dans ce patient ce qu'il a été et c'est sur cette base qu'est entamé un premier dialogue.

4. Le savoir

Les médiateurs de santé pairs mettent en évidence le fait que les patients ont eux aussi un savoir, qui évolue au fil de leur expérience, et avec lequel il peut être très important de dialoguer : « *quand on est patient, on apprend aussi à savoir* ». Les patients ne sont pas simplement dans le déni (qui est aussi d'ailleurs une forme de « savoir »), ils sont acteurs des représentations qui signifient leur expérience. L'alliance thérapeutique est construite pas à pas sur ces échanges de savoir : la transformation du savoir des patients en savoir soignant (et non pas *des* soignants) peut être une illustration de la spécificité du travail MSP.

Interventions et communications abordant le programme (en binôme avec des médiateurs) :

Intervention à l'EHESS juin 2014

Colloque hôpital de Pontoise, juin 2014

Colloque à Trieste, Italie, septembre 2014

Congrès Montréal, novembre 2014

Colloque MGEN décembre 2014

Nous renseignerons dans cette partie des éléments concernant les deux études évaluatives du programme MSP réalisées :

ETUDE QUALITATIVE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME MSP EFFECTUÉE PAR L'ÉQUIPE DU CLERSE

La recherche évaluative qualitative a été finalisée et publiée en septembre 2014.

Lise Demailly, Claire Bêlart, Catherine Déchamp Le Roux, Olivier Dembinski, Cyril Farnarier, Nadia Garnoussi, Jérémie Soulé, avec la participation de Damien Cassan

« Le dispositif des médiateurs de santé pairs en santé mentale : une innovation controversée. Rapport final de la recherche évaluative qualitative sur le programme expérimental 2012-2014 » Septembre 2014 Université de Lille, CLERSE_CNRS

Direction scientifique : Lise Demailly

Plan du rapport

Première partie : Histoire, objectifs et spécificités du programme

Deuxième partie : Descriptions et résultats

I- Les sites et les modèles d'insertions

II- Causes et processus des sorties de l'emploi MSP

III- Pratiques et activités développées par les MSP

V- Effets sur les équipes

VII- Les rencontres entre MSP et usagers

Troisième partie : Suggestions pour l'avenir

Conclusion de la partie évaluation/suggestions

Le programme expérimental des médiateurs de santé pairs a été une initiative controversée, ambitieuse, en rupture institutionnelle avec l'existant, et qui a démontré sa faisabilité (sa capacité à fédérer des énergies institutionnelles et professionnelles), son aptitude à susciter dans les services psychiatriques des débats sur la maladie et le soin. Elle a fait avancer concrètement et pratiquement l'idée du développement des approches sociales dans un soin en principe biopsychosocial et a démontré concrètement le rôle de l'accès à l'emploi dans le rétablissement en santé mentale. Enfin c'est une innovation accompagnée d'un dispositif de recherche externe, une expérimentation réflexive, ce qu'on ne peut que saluer.

Divers points faibles ont concerné en revanche les modalités de mise en œuvre, rendant l'opération coûteuse, mouvementée et difficile. Il est souhaitable que de nouvelles modalités d'opérationnalisation du projet, pour lesquelles nous avons indiqué des pistes, soient testées, ce qui nous a incités à ne pas préconiser une généralisation, mais une continuation du processus de recherche action, une extension d'innovation en quelque sorte dans un cadre de volontariat et dans de nouveaux territoires.

Enfin, différents points restent flous et se préciseront probablement en cours de processus : le mode de professionnalisation des MSP et l'orientation de leur éthique et déontologie professionnelles, leur positionnement symbolique et pratique par rapport à l'institution psychiatrique.

VOLET QUANTITATIF DE L'ÉVALUATION DU PROGRAMME MSP

Concernant cette étude, le traitement des données sera fait par Urc Eco Ile de France. Le recueil des données est réalisé par le CCOMS.

L'objectif principal est d'évaluer l'apport d'un suivi par un MSP pour les usagers accompagnés, en termes de stigmatisation internalisée, de qualité de vie et de fonctionnement global. L'objectif secondaire est de tester l'apport du suivi en fonction de la catégorie diagnostique (les troubles psychotiques / les troubles de l'humeur / les autres troubles).

L'étude est basée sur la comparaison de trois groupes à trois temps (T0, T6 et T12) :

- Groupe 1 : les usagers n'ayant pas bénéficié d'un suivi par un MSP avant leur inclusion dans la recherche
- Groupe 2 : Usagers suivis dans des secteurs témoins
- Groupe 3 : Usagers suivis par des MSP et pour lesquels ce suivi a débuté avant le début de l'évaluation (avant juillet 2013).

L'expérimentation du programme médiateurs santé pairs est achevée depuis le 30 juin 2014 Si l'évaluation qualitative est finalisée et le rapport de l'équipe de recherche du CLERSE disponible,

l'évaluation quantitative et notamment l'étude appelée « STIGMA » nécessite elle une prolongation jusqu'à juin 2015 principalement due au recrutement différé des chargés de mission en région et au faible nombre d'inclusions en début d'étude.

Le tableau ci-dessous présente le calendrier initialement prévu pour l'étude STIGMA ainsi que le calendrier actualisé au regard du besoin de prolongation jusque fin juin 2015.

Phases de réalisation	Calendrier initial	Nouveau calendrier envisagé
Sensibilisation des équipes médicales	1 ^{er} au 30 décembre 2012	1 ^{er} janvier 2013 – 30 juin 2013
Phase d'inclusion des participants	1 ^{er} janvier 2013 – 30 juin 2013	1 ^{er} juillet 2013 – 30 juin 2014
Fin de la phase de suivi longitudinal des participants	30 juin 2014	30 juin 2015 voire 30 juillet 2015
Analyse des données et rédaction d'un rapport	Juillet 2014 – avril 2015	Juillet 2015 – décembre 2015

Etat des lieux des inclusions.

Inclusion des usagers suivis par un MSP à partir de juillet 2013 (groupe 1)

Le groupe 1 concerne l'ensemble des usagers dont l'accompagnement par un MSP a démarré à partir de leur inclusion dans la recherche.

Répartition des inclusions effectives dans le groupe 1 (novembre 2014) :

	T0	T6	T12
Eligibles théoriques	145	116	102 *
Refus et rdv manqués	28	35	4
Réalisés	116	56	16
Prévisionnel 06/2015	116	81	98

*le chiffre prévisionnel à T12 est supérieur aux T6 qui seront réalisés compte tenu des rendez-vous manqués (délais dépassés faute d'organisation du recueil en amont), des impossibilités de recueillir le T6 pour des divers raisons (état de santé mentale non compatible, patient injoignable, rendez-vous non honorés, rupture de soins, changement d'établissement, hors secteur, décès...) et des sorties (ce ne peut être des refus pour le groupe 1) à T6, en effet il faut ajouter des usagers pour qui le T6 aura été manqué, mais non encore le T12.

Inclusion des usagers suivis par un MSP avant le démarrage de l'étude (groupe 3)

Le groupe 3 concerne l'ensemble des usagers dont l'accompagnement par un MSP a débuté avant le démarrage de l'étude. L'inclusion dans ce groupe impliquait au préalable d'identifier les usagers éligibles, d'organiser le circuit d'information et d'inclusion dans la recherche.

Répartition des inclusions effectives dans le groupe 3 (novembre 2014) :

	Population usagers inclus après 6 mois de suivi (T6 /T12)	Population usagers inclus après 12 mois de suivi (T12)
Eligibles théoriques	134	128
Refus et rdvs manqués	75 T6 / 24 T12	70
Réalisés en nov 2014	22 T6 / 10 T12	22
prévisionnels	59 T6 / 110 T12	58 T12

Inclusion des usagers suivis dans des secteurs témoins (groupe 2)

Le groupe 2 concerne l'ensemble des usagers suivis dans des secteurs n'accueillant pas de MSP. 9 établissements ont accepté de participer à l'étude en tant que sites témoins. Parmi ces établissements, 4 sont situés dans les régions pilotes dans lesquelles se déroule le programme MSP (2 en région Nord-Pas-de-Calais et 2 en région Ile-de-France). Les inclusions ont débuté dans 8 établissements. A ce jour, **249 usagers** ont été inclus dans ce groupe.

Communications orales

- VASSEUR-BACLE, S. & VAGLIO, A. Presentation of indicators and preliminary results. 4th WHOCC International Congress: Mental health service users and carers empowerment, Lille, January 2014.
- Roelandt Jean-Luc, 2014/janvier, Lille – Participation et organisation du séminaire « L'idée de guérison et de rétablissement en santé mentale : approches croisées des controverses et des vécus expérientiels »
- Roelandt Jean-Luc, 2014/janvier, Lille – Conférence inaugurales et conclusions du congrès sur «l'empowerment des usagers et des aidants en santé mentale en Europe »
- Roelandt Jean-Luc, 2014/septembre, Lyon – Congrès des Croix Marine – Intervention « Des hommes, pas des murs »
- Roelandt Jean-Luc, Montréal – 12/11/2014 XVIIe colloque de l'AQRP Santé mentale et monde contemporain Intervention « La recherche des médiateurs de santé/pairs dans trois régions en France : bilan et perspectives »

Congrès

- Roelandt Jean-Luc, 2014/janvier, Lille – Maison européenne des sciences de l'homme et de la société - « La guérison en Psychiatrie »

Publications

- Jean-Francois Pelletier , Denise Fortin , Marc Laporta , Marie-Pascale Pomey , Jean-Luc Roelandt , Pauline Guézennec , Michael Murray , Paul DiLeo , Larry Davidson , Michael Rowe , (2013) "The Global Model of Public Mental Health through the WHO QualityRights project", Journal of Public Mental Health, Vol. 12 Iss: 4, pp.212 – 223
- VASSEUR-BACLE, S., VAGLIO, A, RAFAEL, F & ROELANDT, JL. Santé mentale en Europe : 21 recommandations en faveur de la Défense des Droits, de la Participation et de l'Information des personnes usagères des services de santé mentale et des aidants. *Congrès Français de Psychiatrie*, Nantes, November 2014.
- VASSEUR-BACLE, S., VAGLIO, A, RAFAEL, F & ROELANDT, JL. Mental Health in Europe: Recommendations for mental health service users' and carers' empowerment in mental health. *Report of the WHOCC (Lille, France)*, December 2014.

TOR 3

Renforcer les systèmes d'information et les connaissances en santé mentale

- 3.1 Révision de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-10, dans les pays francophones.
 - Recruter des professionnels de santé mentale et de soins primaires francophones, pairs aidants certifiés dans le Réseau Mondiale de Pratique Clinique (RMPC)
 - Traduire le matériel de la CIM en Français
 - Mettre en place les études cliniques dans les pays francophones
 - Impliquer les usagers et les aidants dans la révision de la CIM

3-1 Révision de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-10, dans les pays francophones

Périodes : 2013-2016/2017

CONTEXTE

La dernière version de la Classification Internationale des Maladies (CIM) a été publiée en 1990 et est actuellement en cours de révision par l'OMS pour permettre de mieux prendre en compte des dernières avancées de la science et de la pratique clinique.

La révision de la CIM-10 est un processus global, multilingue, multidisciplinaire, transparent et participatif. Elle a pour objectif de maximiser l'utilité clinique et la validité de la CIM. Les missions principales de l'OMS et des centres collaborateurs (CC) sont d'améliorer la CIM et de développer une classification qui répond aux critères d'utilité clinique, qui intègre les données fondées sur les preuves des pays à faibles et moyens revenus, pour produire un système non stigmatisant.

L'OMS invite tous les acteurs qui ont un intérêt pour la CIM à participer au processus de révision. Ces acteurs comprennent : les représentants des Etats membres, les professionnels cliniques, les usagers et les aidants. Les usagers et les aidants sont évidemment des participants clés dans le diagnostic et le traitement. La révision s'appuie sur la devise suivante : « Rien au sujet de nous sans nous ».

Afin d'assister l'OMS, les CCOMS de Casablanca, Genève, Lille, Montréal, ainsi que l'hôpital de Tunis, l'université américaine de Beyrouth et de le département de santé mentale de Mauritanie ont créé un réseau francophone depuis 2013.

OBJECTIFS

Les objectifs principaux du projet sont :

1. Recruter des professionnels de santé mentale et de soins primaires francophones, pairs aidants certifiés dans le Réseau Mondial de Pratique Clinique (RMPC)
2. Traduire le matériel de la CIM en Français
3. Mettre en place les études cliniques dans les pays francophones
4. Impliquer les usagers et les aidants dans la révision de la CIM

Localisation : Internationale

Pays : Canada, France, Lebanon, Mauritanie, Maroc, Suisse, Tunisie, etc.

Partenaires :

Réseau francophone :

CCOMS of Montréal: Dr Marc Laporta

CCOMS of Casablanca: Dr Mohamed Agoub

CCOMS of Geneva: Dr Othman Sentissi

Mauritanie: Youssouf Limane

Université Américaine de Beyrouth: Dr Brigitte Khoury

Hôpital Razi de Tunis: Pr Majda Cheour

INSERM Paris: Pr Anne Lovell

Autres partenaires :

Collectif santé trans / Maison dispersée de santé: Patrice Desmons

Membres du Comité Internationale Francophone Scientifique pour la révision de la CIM

ACTIVITÉS

Réseau Mondial de Pratique Clinique

Au 1^{er} novembre 2014, 11 428 personnes étaient inscrites au RMPC, représentant 138 pays et toutes les régions de l'OMS. 1 001 inscrits parlent le Français. La France est le sixième pays avec le plus grand nombre de membres (n=631).

L'OMS a fait la promotion du RMPC auprès des pairs aidants certifiés. Le CCOMS de Lille a partagé l'information dans tous ses réseaux.

Traduction du matériel CIM

Le CCOMS de Lille a participé à la traduction des documents suivant :

- Lettre d'invitation pour les pairs aidants certifiés
- Troubles des conduits alimentaires : lignes directrices, vignettes, formulaire. La traduction a été terminée en mars 2014.
- Schizophrénie et autres troubles psychotiques primaires : La traduction des lignes directrices et des vignettes est en cours. Des cliniciens suisses, canadiens, tunisiens et français participent à ce processus.
- Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés : La traduction des lignes directrices et des vignettes est en cours. Des cliniciens suisses, canadiens, tunisiens et français participent à ce processus.
- Usage des classifications et des technologies en pratique clinique : La traduction du matériel est en cours.

Mise en place des études cliniques

Etudes par internet : La première étude en français a eu lieu entre Août et Septembre 2014 concernant les troubles des conduites alimentaires. 219 francophones sur 1935 au total (parlant anglais, chinois et espagnol) ont participé à l'étude. Les résultats de l'étude n'ont pas montré de différences avec les résultats globaux. A cause du petit nombre de participants, il n'a pas été possible de faire des analyses statistiques complexes/

Etudes sur le terrain : Le CCOMS de Lille tente de mettre en place une étude sur l'incongruence de genre. Le design d'étude a été conçu par le groupe de coordination des études de terrain de la CIM. Le CCOMS travaille en collaboration avec le Collectif santé trans dans le but mettre en place le l'étude en France. Le protocole est en cours de traduction et d'adaptation au contexte français. Nous recherchons également des financements. Les personnes trans du collectif travailleront sur ce projet en tant qu'assistants de recherche.

Implication des usagers et des aidants dans la révision

Les CCOMS de Lille et de Montréal collaborent depuis plus d'un an pour développer des protocoles de recherche impliquant les usagers et les aidants à la révision de la CIM. Plusieurs groupes d'usagers et d'aidants ont été créés depuis 2013 à Lille et Montréal.

Les groupes d'usagers ont souligné l'importance de l'impact de l'environnement économique, social et physique sur leur expérience de la maladie et des diagnostics de maladies mentales. Les facteurs contextuels aux plaintes médicales sont mis en évidence dans le chapitre 24 du Beta draft de la CIM-11. Aussi un des protocoles aura pour objectif d'évaluer l'impact des facteurs contextuels sur les troubles mentaux à travers une étude mixte conduite auprès des usagers, aidants et des professionnels de santé mentale.

Comme l'OMS est intéressée pour faire relire les lignes directrices par les usagers et aidants eux-mêmes, le CCOMS de Lille prépare un autre protocole sur cette problématique. Le CCOMS propose que les usagers et les aidants relisent les lignes directrices concernant la schizophrénie et autres troubles psychotiques primaires.

La méthodologie de ces deux recherches sera présentée durant la prochaine rencontre du groupe de coordination des études de terrain de la CIM à Delhi en avril 2015, pour validation.

Le CCOMS de Lille a organisé un symposium sur la révision de la CIM et l'implication des usagers et aidants durant le congrès sur l'empowerment des usagers et aidants en santé mentale qui a eu lieu en janvier 2014 à Lille. Le chef de projet sénior de la révision de la classification des troubles mentaux et du comportement a participé à ce symposium.

Le CCOMS de Lille a aussi présenté ce projet à Angers, Montréal et Nantes lors de congrès.

Gestion du projet

Le CCOMS a participé à deux réunions du groupe de coordination des études de terrain pour la révision de la CIM en Jordanie en avril et en Espagne en septembre.

Le CCOMS a organisé une rencontre pour la francophonie en Janvier.

Des nouvelles sont régulièrement envoyées par mail au réseau francophone et au comité international.

Le CCOMS a rencontré le CCOMS de Montréal en Novembre.

Obstacles et leviers d'action

Premièrement, il est difficile de recruter des professionnels bilingues disponibles pour participer à la traduction de la CIM. En effet, de nombreux experts ont déjà été impliqués dans la traduction du DSM et ne veulent pas recommencer, la charge de travail étant importante. Les participants sont volontaires et ne sont pas rémunérés pour cette mission.

Deuxièmement, les deadlines pour la révision sont très courtes. Par conséquent, il est difficile de proposer un projet de recherche tenant compte de ces deadlines.

Troisièmement, le financement pour la CIM sera épuisé courant été 2015.

PUBLICATION COMMUNICATION TOR 3

Communications orales

M. Laporta, J-F Pelletier, J-L Roelandt, A-C Stona, M Marsili. La Classification internationale des maladies : apport des usagers sur les éléments contextuels dans le diagnostic; 11 novembre 2014 ; Montréal, Canada.

J-L Roelandt, A-C Stona, M Marsili. F. Soussan, A. Bousser. Participation des usagers et aidants à la révision de la classification internationale des maladies vers la CIM 11; 5 Juin 2014 ; Angers, France.

G. Reed, J-L Roelandt, A-C Stona, M Marsili, M. Laporta. Session de travail pour la révision et le développement de la CIM-11 « Classifier sans stigmatiser » ; 30 janvier 2014 ; Lille, France.

Communications écrites

J.-L. Roelandt, I. Benradia, A. Vaglio, M Marsili, A.-C. Stona. Révision et développement de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-10, dans la francophonie. Congrès français de psychiatrie. 26-29 Novembre 2014.

A.-C. Stona, C. Kogan, J. Keeley, S. Evans, G. Reed. Etude de terrain sur les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires dans le cadre du développement de la CIM 11. Congrès français de psychiatrie. 26-29 novembre 2014.

M. Marsili, D. Sebbane A-C. Stona, M. Laporta, J-L. Roelandt. Implication des usagers et aidants dans le développement de la classification des troubles mentaux et du comportement, CIM-11. Congrès français de psychiatrie, 26-29 novembre 2014.

Formation

Roelandt Jean-Luc. University diploma "Mental health in the community: research and applications". Paris, Lille, Marseille. 2013/2014

Roelandt Jean-Luc. Short course "Psychiatrie et justice pénale". National school of judiciary. 13 au 17/10/2014

Roelandt Jean-Luc. Short course "Recherche-action en santé mentale bilan et perspectives CCOMS/EPsm Lille Métropole. Fédération Régionale de santé mentale du Nord Pas de Calais. 01/14

Autre présentation

Roelandt J-L., Stona A-C. Presentation of DSMV and ICD 11. Versailles, may 2014.

TOR 4

Aider l'OMS à lutter contre les comorbidités physiques associés aux troubles de santé mentale

- 4.1 Promotion d'une bonne santé physique et mentale pour les personnes atteintes d'un problème de santé mentale, en lien avec l'OMS Europe.

4.1 Enquête nationale « Place de la santé mentale en médecine générale »

Coordonnée conjointement par le CCOMS et le Centre Hospitalier de La Chartreuse (Dijon), cette recherche-action a pour objectif la compréhension des pratiques des médecins généralistes en lien avec les troubles mentaux et leurs attentes des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie.

Cette enquête a été réalisée grâce à la contribution de 101 secteurs de psychiatrie dans 14 régions en France métropolitaine et 2 départements d'Outre-Mer (Réunion et Guadeloupe). Au total, 2 076 médecins généralistes ont répondu au questionnaire adressé par les secteurs de psychiatrie. Les résultats ont été transmis à chaque site participant et une base de données nationale a été constituée.

Les résultats nationaux de l'enquête ont été présentés lors de la journée d'étude CCOMS/MNASM/CH La Chartreuse : « Médecine Générale et Psychiatrie : des constats à l'action », qui a eu lieu le 28 novembre 2012 à Dijon.

Bilan 2014 :

Dans la continuité des travaux de la journée d'étude « Médecine Générale et Psychiatrie : des constats à l'action », le CCOMS a coordonné la réalisation d'un numéro thématique de la revue *l'Information Psychiatrique*. Les articles abordent différents niveaux de lecture des écueils et difficultés de coopération entre médecine générale et psychiatrie d'une part, et d'autre part, ils avancent des pistes concrètes pour des soins partagés efficaces et une prévention coordonnée et efficace.

Afin de mettre en perspective la situation française, un regard sur la situation des soins primaires dans le monde d'après l'OMS est proposé.

Le numéro thématique « Médecine Générale et Psychiatrie » de *l'Information Psychiatrique* est paru en mai 2014 – Volume 90, N°5.

Editorial : Généralistes et psychiatres, entre autres : questions actuelles. *Thierry Trémine*

1. Décloisonner, verbe actif.
Jean-Luc Roelandt.
2. Médecine générale et psychiatrie : états des lieux.
Gérard Milleret, William Guicherd, Imane Benradia, Jean-Luc Roelandt.
3. Etat actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France.
Thomas Fovet, Ali Amad, Pierre Alexis Geoffroy, Nassir Messaadi et Pierre Thomas.
4. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste.
Jean-Luc Gallais.
5. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale.
Jean-Luc Roelandt, Imane Benradia, Michelle Funk.
6. Prise en charge de la dépression et médecine générale de ville.
Hélène Dumesnil, Sébastien Cortaredona, Marie Cavillon, Fanny Mikol, Catherine Aubry, Rémy Sebbah, Hélène Verdoux, Pierre Verger.
7. Prévalence et impact de l'exposition précoce aux anxiolytiques.
Marie Tournier.
8. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?
Marie-Christine Hardy-Baylé, Nadia Younes.

Publications

- Milleret Gérard, Benradia Imane, Guicherd William, Roelandt Jean-Luc, « États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale » », *L'information psychiatrique* 5/ 2014 (Volume 90), p. 311-317
- Roelandt Jean-Luc, « Décloisonner, verbe actif », *L'information psychiatrique* 5/ 2014 (Volume 90), p. 309-310 JF Pelletier
- Funk Michelle, Benradia Imane, Roelandt Jean-Luc, « Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale », *L'information psychiatrique* 5/ 2014 (Volume 90), p. 331-339

Congrès

- Roelandt Jean-Luc, 2014/mai, Arras – Intervention au 2^{ème} colloque national « sport et santé mentale » organisé par la Fédération Française de Sport Adapté