

**CAHIER DES CHARGES**

**POUR RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE**

**DE DISPOSITIFS DE**

**REHABILITATION PSYCHOSOCIALE**

**EN OCCITANIE**

# OBJET DU CAHIER DES CHARGES : DEVELOPPER LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS)

## Le cadre réglementaire

Le présent cahier des charges a pour objectif de permettre la reconnaissance contractuelle par l’ARS, des dispositifs déjà existants de réhabilitation psychosociale et de ceux qui souhaitent émerger.

Ce cahier des charges constitue une déclinaison régionale de la note de cadrage nationale qui accompagne l’instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

En effet, « Ma santé 2022 » élève la psychiatrie et la santé mentale au rang de priorité et fixe parmi les objectifs à atteindre le **développement renforcé de la réhabilitation psychosociale**.

Cet objectif est inscrit dans la feuille de route Santé mentale et psychiatrie diffusée dans le cadre du Comité Stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018, présidé par le ministre des solidarités et de la santé.

Le Projet régional de santé Occitanie conformément aux orientations nationales, décline cette ambition (PRS 2018-2022) dans le cadre du parcours prioritaire santé mentale qui place la réhabilitation psychosociale au cœur d’un projet structurant.

Le développement de la réhabilitation psychosociale figure également parmi les objectifs du décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mental (PTSM). Ce décret priorise l’organisation d’un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, le PTSM prévoit les actions destinées à prévenir la survenue ou l’aggravation du handicap, par l’accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux.

## Définition et enjeux

La réhabilitation et la réinsertion psychosociale (RPS) désigne l’ensemble des mesures qui peuvent contribuer au ***rétablissement*** des personnes souffrant de troubles psychiques afin de favoriser leur autonomie et le retour à une vie citoyenne en profitant des ressources habituelles du milieu ordinaire. Les principes essentiels et organisateurs de la RPS consistent à *restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes psychiatriques et ou un handicap psychique, en les aidant à conserver, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre à travailler dans la communauté avec le plus d’autonomie et de satisfaction possible (Anthony, 1979)*.

« *Le rétablissement est un processus personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles ». C’est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d’espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d’un nouveau sens et d’un nouveau but à sa vie, à mesure qu’on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale… » (Anthony, 1993*).

**La réhabilitation psychosociale constitue un outil thérapeutique ayant vocation à compléter et non se substituer à l’offre de soins déjà existante sur le territoire**.

L’accès aux soins est concomitant à la mise en place d’une trajectoire de rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux invalidants, ou connaissant des limitations des fonctions et des habiletés sociales en raison de leur pathologie.

# CRITERES DE RECONNAISSANCE CONTRACTUELLE

## Public cible

Les soins de réhabilitation psychosociale s’adressent aux personnes présentant des troubles mentaux sévères qui connaissent des limitations fonctionnelles et des troubles des interactions sociales en raison de leur maladie ainsi qu’aux jeunes chez lesquels il est suspecté précocement l’émergence d’une psychose.

Les pathologies concernées sont principalement les troubles psychotiques (schizophréniques), mais aussi les troubles bipolaires, certaines formes de dépressions, les troubles obsessionnels du comportement (TOC) sévères, certains troubles du spectre de l’autisme, etc.

La réhabilitation psychosociale couvre une grande partie des maladies et troubles mentaux, pour lesquels les soins de réhabilitation sont indiqués. Les catégories suivantes peuvent être distinguées :

* Les jeunes à l’émergence de troubles psychotiques incluant le premier épisode, pour lesquels l’objectif se pose en termes de maintien dans les études / l’insertion sociale.
* Les personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives.
* Les personnes présentant une pathologie psychiatrique grave chronique que les soins de réhabilitation visent à remettre dans une trajectoire de rétablissement et d’inclusion sociale.
* Les personnes présentant certains troubles du spectre autistique.

Les soins de réhabilitation s’adressent également aux jeunes adolescents pour lesquels ce type de programme apparaît pertinent. Ils concernent en outre les personnes en détention, notamment dans le cadre de leur préparation à la sortie.

L’organisation territoriale doit garantir un accès aux soins de réhabilitation psychosociale pour l’ensemble de ces publics, qu’ils soient suivis habituellement par des professionnels de la psychiatrie publique ou privée, des médecins libéraux ou des professionnels de l’addictologie ou de la prise en charge des troubles du spectre de l’autisme.

## Le parcours de soins à mettre en place : De l’évaluation à la réévaluation

*« Le processus de la réadaptation psychosociale comprend trois grandes phases : l’évaluation des besoins de la personne, l’établissement de priorités d’intervention à court terme (la planification) et l’intervention proprement dite (Anthony et Liberman, 1992) ».*

* 1. **L’orientation**

Tout projet de soins en réhabilitation psychosociale doit proposer un ***protocole d’orientation.*** En effet, tout médecin exerçant en secteur libéral ou en établissement sanitaire ou médico-social doit pouvoir orienter un patient vers une structure de soins en réhabilitation afin de réaliser ***l’évaluation*** et poser si nécessaire ***l’indication du projet de soins*** de réhabilitation psychosociale.

Afin de favoriser l’adhésion du patient à cette prise en charge, il est recommandé de développer la formation des professionnels de soins à l’entretien motivationnel, notamment au sein des secteurs de psychiatrie.

Les acteurs susceptibles d’orienter vers une prise en charge en réhabilitation psychosociale sont notamment : les psychiatres hospitaliers et libéraux, les praticiens intervenant en établissement médico-social, les médecins addictologues, les médecins praticiens exerçant dans un centre de ressource autisme (CRA) ou une consultation autisme.

Les personnes concernées, les familles et les aidants peuvent être à l’initiative de la demande accompagnés par le médecin traitant du patient.

* 1. **L’évaluation**

Le ***projet personnalisé de soins*** de réhabilitation repose sur une évaluation globale pluri-professionnelle mettant en avant les ressources, les compétences préservées et les aspirations de la personne. La personne doit préciser les déterminants de ses difficultés fonctionnelles et le cas échéant de sa situation de handicap.

Lorsqu’une équipe médico-sociale intervient déjà auprès de la personne, l’évaluation doit être menée en lien avec l’équipe pour garantir la cohérence du parcours de santé.

L’évaluation doit intégrer le volet de ***l’inclusion sociale*** pour contribuer à la formulation du projet de vie par la personne et permettre de préciser les besoins de soins et d’accompagnement.

Sur la base du projet de vie formulé par la personne, l’équipe de soins détermine les évaluations nécessaires dans l’objectif de proposer un ***contrat de soins***.

Le ***processus d’évaluation coordonné*** par un psychiatre référent comporte à minima :

* ***Un entretien par un psychiatre*** : destiné à évaluer la pertinence de la demande et à réaliser une évaluation clinique du patient : recueil de variables socio-démographiques, des antécédents, de l’histoire clinique, du diagnostic, du traitement médicamenteux et non médicamenteux. (Nous soulignons votre attention sur le fait que l’évaluation clinique doit être réalisée à l’aide d’outils psychométriques validés (auto et hétéroévaluations)
* ***Une évaluation fonctionnelle*** par un professionnel forméaux outils d’évaluation mis en œuvre par l’équipe. L’objectif est d’évaluer les ressources/besoins de la personne en s’appuyant sur des outils d’évaluation objectifs et subjectifs dans la perspective du rétablissement : qualité de vie, bien-être, habiletés sociales, estime de soi, autonomie sociale…

L’évaluation fonctionnelle doit se faire autant que possible au domicile ou au substitut de domicile de la personne.

* ***Un bilan neuropsychologique*** réalisé par un neuropsychologue comportant un bilan de la neurocognition et un bilan de la cognition sociale en utilisant des outils validés et standardisés.

D’autres bilans peuvent être effectués en fonction des besoins (psychomotricité, ergothérapie, orthophonie…). ***Les outils utilisés doivent être validés***. Ils peuvent évoluer en fonction des connaissances.

Lors de l’évaluation, il est systématiquement proposé au patient de recevoir également les proches.

* 1. **La synthèse de l’évaluation et la construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation**

Le bilan de l’évaluation est restitué à la personne au cours d’une réunion de synthèse associant, à minima, les professionnels qui sont intervenus lors de cette évaluation, le patient et, s’il le souhaite, ses proches. Les professionnels qui ont adressé le patient sont invités à participer à la réunion de synthèse. Le projet personnalisé de soins de réhabilitation, qui doit être en accord et en coordination avec le travail réalisé par les professionnels et équipes impliqués dans le suivi du patient, est formalisé suite à cette synthèse.

Ce projet, qui fixe les objectifs partagés avec la personne concernée et ses proches désignés, comporte à la fois :

* la description des soins de réhabilitation proposés et des acquisitions visées à travers ces soins.
* les actions d’accompagnement qui permettront la généralisation et le transfert des acquis dans la participation sociale (loisirs, logement, emploi, citoyenneté).
* les partenaires identifiés pour y contribuer.
  1. **Réévaluation**

La situation de chaque personne doit être réévaluée régulièrement. Les échéances de réévaluation sont formalisées dans le projet personnalisé de soins de réhabilitation.

## La mise en œuvre du projet de soins de réhabilitation psychosociale

Les soins de réhabilitation psychosociale reposent sur la mise en œuvre de :

* Programmes d’éducation thérapeutique
* Programmes de remédiation cognitive
* Programmes d’entrainement des compétences et des habilités sociales
* Psychothérapies cognitivo-comportementales
* Programmes de soutien des familles : consultations ou entretiens individuels, groupe psychoéducatif/d’éducation thérapeutique des familles (ex : programme Pro-famille ou AVEC), thérapie familiale…
* Modalités de case-management pouvant être mises en œuvre

Ces soins structurés sont complétés par des activités médiatisées pour favoriser le transfert et la généralisation des acquis à la vie quotidienne.

Les soins de réhabilitation psychosociale sont réalisés à la demande de l’équipe réalisant le suivi habituel de la personne, si elle ne les met pas elle-même en œuvre. Ils viennent compléter sur une période donnée les soins délivrés par cette équipe, sans se substituer à elle.

La structure de soins de réhabilitation construit des partenariats formalisés avec les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales pour assurer la cohérence du parcours de soins y compris l’accès aux soins somatiques et la mise en œuvre des accompagnements.

Chaque soin fait l’objet d’échanges réguliers avec la personne, ses aidants et les professionnels impliqués dans le parcours.

* 1. **Outils recommandés**
* Le CASIG remaniée (Client Assesment of strenghts, Interests and goals =inventaire des ressources et des besoins de la personne)
* L’échelle d’estime de soi : Self Esteem Rating Scale (SERS)
* L’Echelle d’insight de Birchwood
* Les Echelles de qualité de vie (SQOL) et de bien être mental (WMWBS)

Les outils pourront varier au fil du temps, en fonction de l’état des connaissances.

## L’organisation

Le maillage de l’offre de réhabilitation psychosociale sera gradué selon deux niveaux : les centres « supports » et les structures de proximité.

* 1. **Identification de centres  « supports »**

Pour obtenir une reconnaissance contractuelle de centre « support », la structure devra apporter la preuve d’une expérience solide et reconnue en réhabilitation psychosociale ainsi que d’une activité de recherche.

Ses missions principales sont les suivantes :

* **Mission de soins :**

Promouvoir et développer des soins de réhabilitation spécifiques et de référence (remédiation cognitive, etc…) le plus précocement possible dans l’évolution de la maladie psychiatrique.

* **Une mission de formation-appui :**

Assurer la formation, l’actualisation régulière des connaissances sur les soins de réhabilitation auprès des professionnels impliqués dans le diagnostic, le suivi, la prise en charge et l’accompagnement des personnes atteintes de maladie mentale.

Fournir un appui à la structuration des offres de proximité (aide à l’ingénierie de projets).

Soutenir le fonctionnement des offres de soins de proximité et en assurer l’animation territoriale (mise à disposition d’outils cliniques et de protocoles validés, organisation de réunions d’échanges, accès à des évaluations et modalités de soins non disponibles en proximité…)

* **Mission  réseau :**

Contribuer à faciliter les parcours de vie, par l’aménagement d’interfaces fonctionnelles entre les actions thérapeutiques de réhabilitation et les actions d’accompagnement et de soutien mises en œuvre par les aidants, les équipes de soutien à l’inclusion sociale et professionnelle du secteur médico-social, ou relevant du droit commun.

* **Mission évaluation-recherche :**

Développer la recherche clinique et les outils d’évaluation.

**4.2 Identification de structures de proximité**

L’accès aux soins de réhabilitation psychosociale est organisé en proximité, dans le cadre des parcours de vie des personnes. Il s’inscrit autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes, en favorisant les coopérations et les partenariats dans le cadre du ***projet territorial de santé mentale***.

A ce titre, le projet des structures de proximité doit répondre aux prérequis suivants :

* La réalisation d’un diagnostic territorial des besoins et des ressources existantes.
* La formation des professionnels aux modalités de prises en charge axées sur le rétablissement et aux techniques de soins de réhabilitation psychosociale.
* La capacité à réaliser des évaluations fonctionnelles (en particulier avec un neuropsychologue)
* La capacité à proposer et mettre en œuvre une palette de soins de réhabilitation diversifiée
* Un engagement à prendre en charge l’ensemble des patients nécessitant un parcours de réhabilitation psychosociale, qu’ils soient orientés par un psychiatre de l’établissement, un praticien exerçant en libéral ou un praticien exerçant dans une autre structure
* L’accessibilité géographique pour les patients suivis en ambulatoire (dispositif inscrit dans la communauté, en proximité des lieux de vie en favorisant la mobilité des équipes)
* L’existence de partenariats avec les acteurs du parcours de vie pour le transfert et la généralisation des acquis et le développement de la participation sociale (scolarité, études, travail, logement, loisirs).
* Au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur, une réponse intersectorielle est à privilégier dans un premier temps pour pouvoir irriguer l’ensemble des territoires d’intervention et disposer d’un volume suffisant de personnels formés et de patients bénéficiaires. Il est recommandé de favoriser la coopération des personnels issus des différents secteurs afin de favoriser la fluidité des parcours et la diffusion de la culture de rétablissement.

**4.3 Description des structures**

Il s’agit de structures (le plus souvent inter-polaires ou intersectorielles) ambulatoires de type centre d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou de type hôpital de jour rattachées à des établissements ayant une activité de psychiatrie autorisée (CHS, centre hospitalier général avec des secteurs de psychiatriques, cliniques privées).

Il convient de favoriser les structures hors des murs de l’établissement de santé.

* 1. **Composition de l’équipe**

L’offre de soins de proximité repose sur une équipe mobilisant les compétences suivantes :

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre Support** | **Centre de proximité** |
| 1 ETP psychiatre | 1 ETP psychiatre |
| 1 ARC | 0,5 ETP neuropsychologue |
| 2 ETP IDE | 0,5 ETP psychologue clinicien |
| 0,8 ETP psychologue | 2,5 ETP IDE |
| 0,8 ETP neuropsychologue | 0,5 ETP assistant de service social |
| 0,5 assistant de service social |  |

Ces moyens humains sont indicatifs et correspondent à une file active d’une centaine de personnes. Ils peuvent être complétés, en fonction des besoins et des capacités de l’établissement, par du personnel administratif et d’encadrement et des temps d’ergothérapeute et/ou d’éducateur spécialisé.

Il est recommandé que des membres de l’équipe assurent une fonction de gestionnaire de cas complexes pour une partie de la file active suivie dans le cadre de la mise en œuvre des soins de réhabilitation.

## Evaluation

* Indicateurs de suivi et d’évaluation transmis dans un rapport d’activité annuel :
* Nombre de nouveaux professionnels formés participant aux soins de réhabilitation (par profession et par type de soin de réhabilitation).

***Indicateurs de suivi***

* Nombre et nature des différents types de soins proposés et nombre de sessions proposées.
* Nombre et qualité des acteurs ayant orienté des patients pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale.
* Nombre de partenaires sociaux et médico-sociaux parties prenantes du parcours de réhabilitation psychosociale (coopérations formalisées).
* Origine des patients (domicile, substitut de domicile, hospitalisation).
* Nombre de nouveaux patients bénéficiant d’un parcours de réhabilitation psychosociale.
* Nombre de patients ayant bénéficié :
* D’un programme de remédiation cognitive
* D’un programme d’éducation thérapeutique

***Indicateurs d’évaluation***

* D’un programme d’entrainement des compétences et des habiletés sociales.
* De psychothérapies cognitivo-comportementales.
* Nombre de familles et d’aidants ayant bénéficié d’un programme de psychoéducation.
* Durée moyenne de prise en charge dans la structure pour les patients.
* Devenir des patients à la sortie des soins (domicile, substitut de domicile ou hospitalisation).