



Labellisation des structures de soins de réhabilitation psychosociale de proximité (niveau1) rattachées aux établissements autorisés en psychiatrie

Le 04 Mai 2018

Date limite de dépôt de dossiers :
Vendredi 31 Août 2018

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
1. CONTEXTE	3
1.1. Cadre légal	3
1.2. Définitions et enjeux	4
1.3. Organisation territoriale du réseau de soins en réhabilitation psycho-sociale.....	5
1.4. Principes généraux.....	7
2. LES CRITÈRES DE LABELLISATION	9
2.1. Population cible	9
2.2. Description des structures et positionnement de la réhabilitation psycho-sociale au sein de l'établissement.....	9
2.3. Les missions	9
2.4. Modalités d'adressage des usagers	10
2.5. Les étapes de l'évaluation fonctionnelle intégrative pluridisciplinaire	10
2.6. Construction d'un programme de soins et d'accompagnement individualisé.....	12
2.7. Modalités de soins et d'accompagnement pour la personne	13
2.8. Modalités de réévaluation de la situation de l'utilisateur	14
2.9. Coordination avec le centre référent de réhabilitation psycho-sociale.....	15
2.10. Moyens humains.....	16
2.11. Indicateurs d'évaluation	18
3. LES CANDIDATURES	19
4.1. Modalités de dépôt du dossier de candidature.....	19
4.2. Contenu du dossier de candidature.....	19
4.3. Règles d'éligibilité du projet et critères de choix	20
4.4. Le processus de sélection de l'ARS	20
ANNEXE	21
Tableau 1 : outils préconisés dans le cadre de la recherche (suivi de cohorte).....	21
Tableau 2 : grille de sélection	22

1. CONTEXTE

1.1. Cadre légal

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles psychiques sont responsables d'une part importante de morbidité dans le monde. Ils sont classés au troisième rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les pathologies cardiovasculaires. En France, ces troubles touchent près d'un Français sur quatre et représentent le deuxième poste de dépenses de l'Assurance Maladie. **Classée comme l'une des cinq priorités nationales de santé, réaffirmées dans la loi du 26 janvier 2016, la santé mentale demeure un enjeu majeur de santé publique et d'inclusion sociale** (OMS, 2001). Dès lors, cette nouvelle loi ouvre de nouvelles perspectives pour l'organisation des soins en psychiatrie dans le but de garantir un recours de proximité, l'accessibilité territoriale et financière, la continuité des soins y compris pour les patients complexes. L'article 69 vise notamment à renforcer l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie en promouvant le droit des personnes et en mobilisant leur pouvoir d'agir. Le décret relatif aux **Projets Territoriaux de Santé Mentale** (PTSM) du 27 juillet 2017 fixe les modalités d'élaboration et de mise en œuvre du dispositif dont l'objet principal est « *l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé de vie et de qualité, sécurisés et sans rupture* » (Art. L.3221-1, Code la Santé Publique). L'article 69 vise notamment les personnes souffrant de troubles psychiques graves en situation de handicap psychique en vue de leur **rétablissement** et de leur inclusion sociale. S'appuyant sur le Rapport relatif à la Santé mentale de Michel Laforcade (Octobre 2016), ainsi que sur les évaluations par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) des plans nationaux « psychiatrie et santé mentale », la stratégie nationale de santé 2018-2022 réaffirme cette volonté « *d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale* ».

Dans ce contexte, **les dynamiques partenariales et de collaboration entre sanitaire, médico-social et social** visant à favoriser les logiques de parcours de l'utilisateur, conduisent tous les établissements et services exerçant dans le champ du handicap psychique à adapter leur offre en proposant **des modalités d'accompagnements inclusives** (accès à l'éducation, l'emploi, le logement, la culture, les loisirs,...). Aussi, **le repérage et la prévention des situations de handicap liées à des troubles psychiques** constituent des enjeux importants qui permettent d'améliorer l'inclusion sociale des personnes et de limiter le recours aux longues périodes d'institutionnalisation.

1.2. Définitions et enjeux

1.2.1. Définition du handicap psychique

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 rappelle la notion de handicap au sens de la loi du 11 février 2005 : «*constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Pour la première fois, la loi reconnaît l'altération de certaines capacités individuelles induite par des troubles psychiques importants et persistants comme représentant un handicap psychique. Il y a dès lors droit à compensation, c'est-à-dire que la société doit apporter à chaque personne des réponses ciblées à l'altération des capacités qui lui sont propres, pour qu'ainsi elle recouvre son autonomie et son inclusion sociale.

Ce même plan demande de promouvoir " *la réhabilitation psycho-sociale au sens large dans la mesure où elle permet l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, la dignité, l'accès à une formation et au travail et plus généralement la lutte contre la fatalité, l'abandon et la relégation dont sont trop souvent victimes les personnes vivant avec des troubles psychiques*".

1.2.2. Définition de la réhabilitation psycho-sociale

La réhabilitation psycho-sociale (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 réadaptation psycho-sociale consistent à restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique en les aidant à conserver, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible (Anthony, 1979). De ce fait, **la notion de rétablissement implique de s'inscrire dans la perspective de l'utilisateur qui va lui-même construire son projet**. Les professionnels de santé viennent alors en soutien en vue d'accompagner la personne pour la conception et la mise en œuvre de ce projet. **La réhabilitation psycho-sociale, se situant à l'articulation de la prise en charge sanitaire et de l'accompagnement médico-social et social**, il est nécessaire de développer et promouvoir des pratiques coordonnées de façon à multiplier les opportunités pour la personne en situation de handicap psychique. Dans ce contexte, **les dynamiques des établissements de santé psychiatriques représentent un levier majeur pour le développement et la promotion de ces pratiques sur les territoires**. La réhabilitation psycho-sociale est d'une part, un moyen de répondre aux besoins des personnes en promouvant des parcours de soins inclusifs respectueux de leurs droits et libertés. D'autre part, en favorisant une meilleure intégration des usagers dans l'espace social, elle contribue à faire évoluer les représentations négatives sur la maladie mentale et participe donc à la déstigmatisation du handicap psychique.

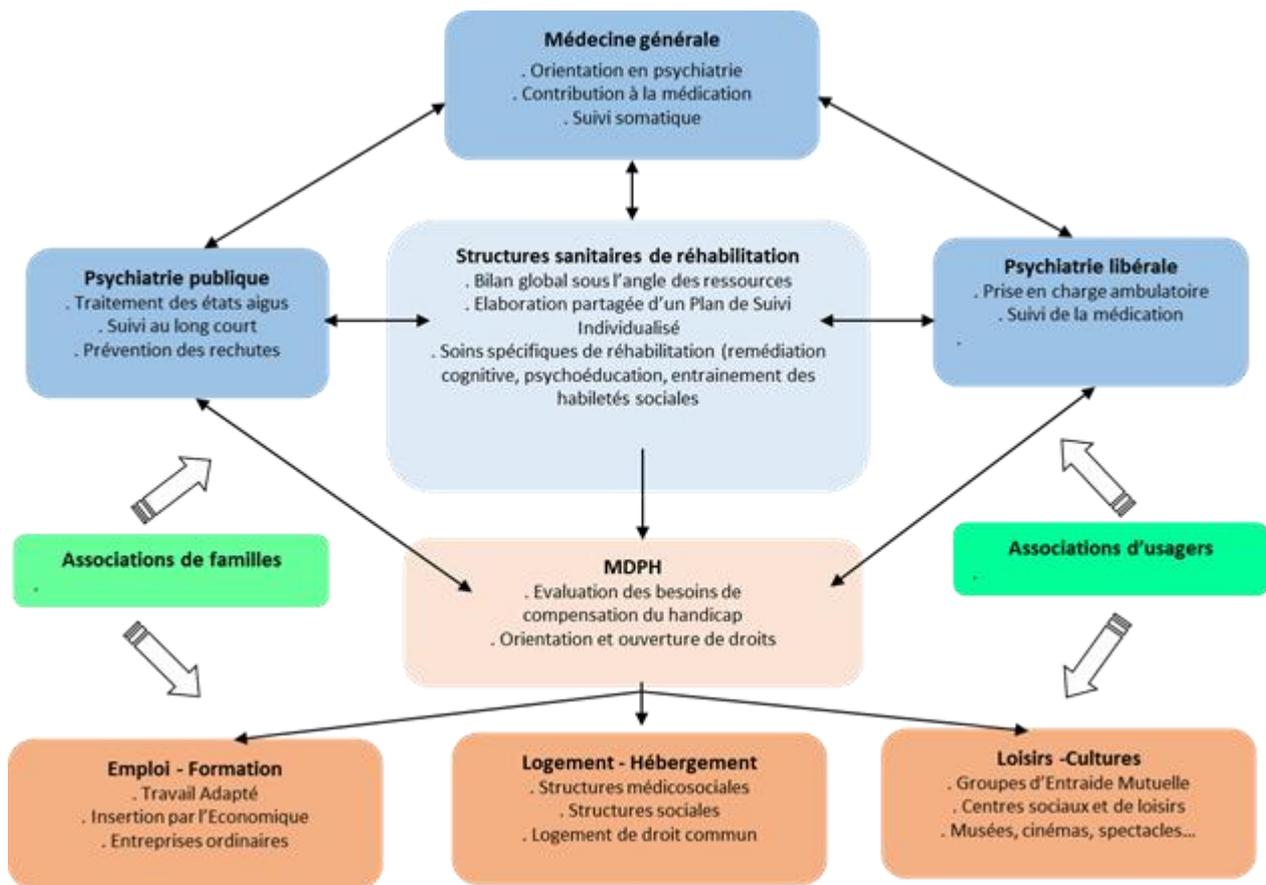


Figure 1 : Positionnement de la Réhabilitation Psycho-Sociale (RPS) dans le parcours de la personne, d'après Demily & Franck, *Schizophrénie, diagnostic et prise en charge*, Elsevier-Masson, 2013

1.3. Organisation territoriale du réseau de soins en réhabilitation psycho-sociale

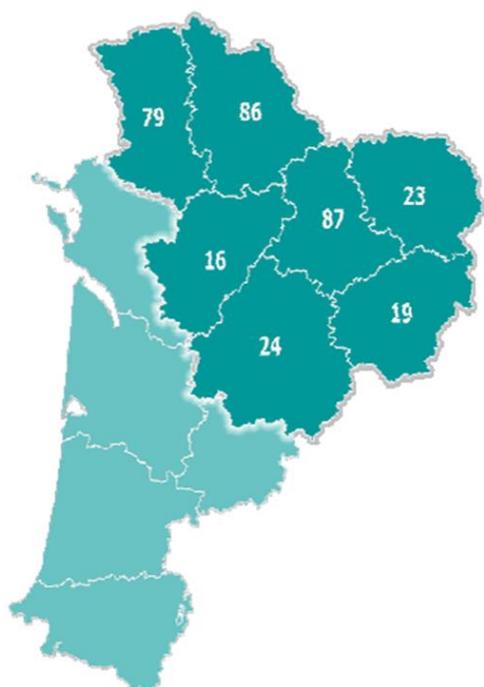
Dans le Schéma Régional de Santé (SRS) 2018-2023, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a souligné l'importance de développer la réhabilitation psycho-sociale dans l'offre proposée au niveau des territoires. Le déploiement de la réhabilitation et de la réinsertion psycho-sociale au niveau régional s'appuie sur :

- un **centre ressource régional** situé à **Lyon** (niveau 3) avec pour missions :
 - L'information et la communication sur la RPS, avec veille et diffusion documentaire ;
 - La formation à la culture et aux outils de la réhabilitation psycho-sociale ;
 - La participation à la recherche scientifique ;
 - L'animation du réseau régional des centres référents des régions Auvergne-Rhône Alpes et Nouvelle-Aquitaine.

- **2 centres référents** (niveau 2) en **Nouvelle-Aquitaine** situés à Bordeaux et Limoges ayant au niveau de leur zone de référence:
 - Une **mission de soins** consistant à l'évaluation des capacités préservées de la personne, de ses demandes et de ses difficultés, l'expertise des situations complexes ;
 - Une **mission de réseau** ayant pour objectif de faire le lien avec les partenaires d'amont susceptibles d'adresser des usagers ainsi que les partenaires d'aval dans un but de réinsertion et de fluidification du parcours de la personne ;
 - Une **mission de formation**, en collaboration avec les ressources locales sur le territoire et destinée à l'ensemble des partenaires mais également aux familles des usagers ;
 - Une **mission de recherche**, en collaboration avec le centre ressource, et consistant à relever toutes les données pertinentes en vue de l'évaluation des pratiques professionnelles, des outils et la participation au suivi de cohortes.

Les 2 centres référents ont été créés en 2017 et couvrent l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine. Chaque établissement psychiatrique sectorisé de la région est rattaché à une zone infrarégionale couverte par l'un des 2 centres référents.

C2RL (Limoges, zone nord)



C2RP (Bordeaux, zone sud)



- **1 réseau territorialisé de soins et de services** de proximité de réhabilitation psycho-sociale (niveau 1) dans chaque territoire de santé mentale.

1.4. Principes généraux

Les actions mises en œuvre en faveur du rétablissement des personnes en situation de handicap psychique s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elles reposent sur des objectifs communs visant à :

- Reconnaître les **capacités d'autodétermination** de la personne et favoriser son **pouvoir d'agir** en vue de la réalisation de son projet de vie ;
- Privilégier une **approche environnementale** des soins et de l'accompagnement (en conformité avec la loi de 2005) et réaliser une **évaluation multifactorielle** des besoins et attentes de la personne;
- Organiser des actions spécifiques afin de **fluidifier le parcours des personnes** en travaillant un maillage partenarial contribuant ainsi au décloisonnement entre le sanitaire et le social, les établissements et services et le domicile. Dans ce contexte, les dispositifs de droit commun doivent être mobilisés ;
- Proposer des **modes de prise en charge diversifiés, coordonnés et gradués** visant à préserver l'autonomie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique.

Bien que la mise à disposition des outils thérapeutiques de la réhabilitation se soit améliorée ces dernières années, **l'implantation de cette offre de soins sur le territoire reste insuffisante et peu structurée. Ce constat génère par conséquent des inégalités en termes d'accès à des évaluations et des soins spécifiques.** En Nouvelle-Aquitaine, le nombre de structures offrant ces prestations reste insuffisant par rapport aux besoins.

Par conséquent, le développement de la réhabilitation psycho-sociale ne pouvant reposer que sur des centres référents ou ressources (niveau 2 ou 3), la réhabilitation doit pouvoir être proposée à tout personne dans le « *panier de soins et de services* » en santé mentale accessible au sein de chaque territoire. L'objectif principal de cette labellisation est donc de « *créer les conditions pour qu'un même panier de services soit présent sur l'ensemble du territoire. L'enjeu consiste à passer d'expériences multiples et souvent probantes à une politique de santé plus homogène.* » (Laforcade, 2016).

Afin d'assurer une cohérence de l'ensemble des prises en charge en soins de réhabilitation, et au regard des travaux menés dans d'autres régions, les attendus des structures sanitaires de proximité (le plus souvent, intersectorielles ou interpolaires), rattachées aux établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie, ont été précisés.

Ces structures permettront **d'améliorer l'accessibilité aux soins spécifiques de réhabilitation psycho-sociale au plus grand nombre d'usagers de la région.**

Seules les structures répondant aux critères de ce document seront labellisées par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. La grille de sélection est disponible en annexe de ce document.

Cette labellisation leur permettra d'être intégrées dans l'annuaire des structures de réhabilitation de proximité (niveau 1) mis à jour par le centre ressource et les centres référents régionaux, de montrer l'engagement de leur établissement de rattachement dans le développement de la réhabilitation psycho-sociale et dans un travail en réseau mis en œuvre avec les ressources du territoire existant.

2. LES CRITÈRES DE LABELLISATION

2.1. Population cible

Les structures de réhabilitation psycho-sociale de proximité s'adressent aux personnes souffrant d'un trouble psychiatrique stabilisé sur le plan clinique et responsable d'un handicap psychique.

Ces structures ciblent essentiellement **les adultes (18-50 ans) mais des actions seront à privilégier en faveur des jeunes adultes (18-25 ans)** au décours d'un premier épisode psychotique (schizophrénie, troubles schizo-affectifs) ou troubles de l'humeur (troubles bipolaires) en prévention du handicap psychique.

Par ailleurs, les actions visant à faciliter la transition entre les dispositifs pour adolescents et jeunes adultes (Institut médico-éducatif, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile, amendement CRETON) et les dispositifs adultes seront valorisées.

2.2. Description des structures et positionnement de la réhabilitation psycho-sociale au sein de l'établissement

La réhabilitation psycho-sociale, et plus largement les pratiques en faveur du rétablissement, reposent sur un **modèle multidimensionnel** tenant compte des besoins fondamentaux de la personne et des ressources de son environnement. De ce fait, cette approche environnementale et transdisciplinaire représente un réel **levier au changement de paradigme d'une psychiatrie institutionnalisée vers une psychiatrie intégrative et ambulatoire** visant l'autonomie sociale et fonctionnelle de la personne et préservant son autonomie. Par conséquent, la labellisation n'exclut pas les services ou unités de soins en hospitalisation complète bien que **les structures ambulatoires hors des murs** de l'établissement de santé soient à privilégier.

Concernant les **structures ambulatoires**, il s'agit principalement de Centre médico-psychologique (CMP), de Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou Hôpital de jour (HDJ) rattachés à des établissements ayant une activité de psychiatrie autorisée (Centre hospitalier spécialisé, Centre hospitalier général avec des secteurs psychiatriques, cliniques privées, établissement de santé privé d'intérêt collectif).

2.3. Les missions

1) La principale mission de ce type de structure est d'offrir des soins et services de réhabilitation psycho-sociale favorisant le processus de rétablissement de la personne. De ce fait, les prestations « socles » devant être impérativement proposées par la structure sont:

- Une **évaluation fonctionnelle intégrative** pouvant être développée la première année en collaboration avec les centres référents comprenant:
 - o Une **évaluation clinique des fonctions cognitives, des capacités préservées** de la personne, ainsi que **des facteurs personnels et environnementaux** pouvant être à l'origine d'une situation de handicap.

- La **mise en œuvre d'outils visant à préserver et développer les habilités sociales et fonctionnelles** de la personne dans le but de favoriser et maintenir son autonomie ;
- Des **actions de soutien aux aidants** (programme d'éducation thérapeutique ou de psychoéducation, groupe de parole,...) ;
- Des actions visant à permettre **l'inclusion sociale, scolaire et/ou professionnelle** ;
- Des actions visant à **développer un maillage partenarial** dans une logique de décloisonnement des secteurs et de sécurisation des parcours de soins et de vie des personnes.

2) Dans la perspective de développer et promouvoir plus largement les pratiques en faveur du rétablissement de la personne en situation de handicap psychique, des prestations « cibles » seront valorisées. Le cas échéant, cette offre devra faire l'objet d'une réflexion concernant sa mise en œuvre dans l'année suivante et concerne :

- Des **actions de soutien au développement de la pair-aidance** via l'expertise d'usage (pair-aidant bénévole, médiateur santé pair) ;
- Des **actions de déstigmatisation** du handicap psychique (Semaines d'information sur la santé mentale, ...)
- La **participation à la recherche** autour du handicap psychique (Programme hospitalier de recherche clinique, remontée de données vers le centre ressource, autre programme de recherche...)
- Des **actions d'information, de sensibilisation** au handicap psychique et à la réhabilitation psychosociale au sein de l'établissement auquel la structure est rattachée (et plus largement sur le territoire auprès des partenaires et ceci en lien avec le centre référent du territoire concerné).

2.4. Modalités d'adressage des usagers

Il s'agit de structures ouvertes sur l'extérieur qui peuvent aussi recevoir des personnes non suivies par l'établissement de santé.

L'adressage peut se faire par tout professionnel de santé (médecin traitant, psychiatre libéral, équipes hospitalières spécialisées,...), et/ou par des psychologues et/ou des structures partenaires.

Elles accueillent aussi les usagers sur leur demande et/ou celle de leur famille.

Il est important que les usagers puissent bénéficier du bilan le plus tôt possible dans l'évolution de leur maladie, c'est à dire **dès stabilisation de leur état clinique et du traitement médicamenteux**.

2.5. Les étapes de l'évaluation fonctionnelle intégrative pluridisciplinaire

Les soins et services à proposer dans les structures de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau 1) pourront évoluer chaque année après bilan et en fonction de l'état des connaissances. Cette évolution se fera en articulation avec les centres référents et le centre ressource en réhabilitation psycho-sociale.

L'équipe de la structure propose systématiquement à l'utilisateur de recevoir ses proches.

L'évaluation fonctionnelle intégrative proposée par la structure sanitaire de proximité est pluri professionnelle. Elle peut s'appuyer sur les dispositifs existants (emploi accompagné, logement, ...). Les estimations de temps de réalisation des bilans sont indiquées dans le but de fournir une aide éventuelle au dimensionnement des équipes professionnelles.

L'évaluation fonctionnelle intégrative comprend impérativement les bilans suivants :

1) Un entretien psychiatrique:

Les objectifs du premier entretien psychiatrique sont :

- **D'évaluer la recevabilité de la demande;**
- **De fournir si besoin une aide au diagnostic et un avis thérapeutique** au confrère adresseur, et ceci avec l'appui du centre référent du territoire concerné.

Le contenu du bilan réalisé par le psychiatre est double et comprend systématiquement:

- **Une évaluation clinique formalisée** (parcours de vie, antécédents, évènements de vie, état clinique actuel et diagnostic, traitement, alliance thérapeutique, repérage de facteurs de stress, risque suicidaire, relation et soutien familial, projet et dynamique de rétablissement, facteurs de rétablissement,...) ;
- L'utilisation d'une échelle d'**Evaluation Globale du Fonctionnement** (EGF).

La durée moyenne pour ce bilan psychiatrique (consultation puis préparation de la restitution) est évaluée à environ 1H30 à 2H00.

2) Un entretien infirmier:

Cet entretien doit être réalisé par un infirmier formé à **l'évaluation des demandes et des besoins, des répercussions fonctionnelles** ainsi qu'au **concept de rétablissement**.

L'objectif de cet entretien est **d'évaluer la gestion du traitement et de la maladie ainsi que l'autonomie résidentielle de la personne**.

Le bilan s'attache à apprécier les conduites de santé de la personne (rythmes biologiques et alimentation, sommeil, addictions, antécédents somatiques et facteurs de risque cardio-vasculaire, soins d'hygiène personnelle,...), mais aussi son type de logement, sa participation aux tâches domestiques, sa gestion du budget et ses modalités de déplacement. Les outils préconisés (mais non obligatoires) sont cités dans le tableau 1 en annexe de ce document.

La durée moyenne pour ce bilan est estimée à 2 heures 30 (1h30 auprès de la personne, puis préparation de la restitution).

Un bilan neuropsychologique:

L'objectif de ce bilan est de **réaliser un bilan de la neurocognition et de la cognition sociale dans le but** d'objectiver les capacités préservées de la personne ainsi que les éventuels déficits. **Ce bilan sera réalisé par un neuropsychologue, ou dans l'attente de son recrutement, par un psychologue formé aux outils de l'évaluation neurocognitive.**

Le bilan se fait en deux temps:

- Un entretien pour réaliser une anamnèse cognitive et évaluer la pertinence d'un bilan global ;
- Un bilan comprenant différentes échelles¹ dont les objectifs sont de:
 - o **Evaluer la neurocognition et la cognition sociale ;**
 - o **Evaluer les répercussions fonctionnelles ;**
 - o **Mettre en évidence les capacités préservées et les difficultés de la personne.**

Il convient de prévoir également un temps de cotation, d'interprétation des résultats et de restitution du bilan à la personne. Le temps total de réalisation de ce bilan est estimé à environ 5H00 par personne.

4) Autres bilans:

Ce bilan de base peut être complété en fonction des besoins de la personne, mais aussi selon les compétences spécifiques des professionnels dont la structure de niveau 1 dispose (par exemple, présence de temps d'ergothérapeute). Le cas échéant, il convient de formaliser des partenariats avec des structures extérieures afin de multiplier les opportunités d'évaluation personnalisée pour la personne en situation de handicap psychique.

2.6. Construction d'un programme de soins et d'accompagnement individualisé

2.6.1. Organisation de la coordination des soins et services

La question de la **structuration de la coordination du parcours de la personne vers le rétablissement** doit faire l'objet d'une réflexion et d'une attention particulière. Les structures de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau 1) doivent être en mesure de proposer autant que possible un modèle d'intervention basé dans la communauté visant à proposer des soins accessibles et coordonnés aux personnes en situation de handicap psychique. En effet, la complexité des interventions dans le milieu ordinaire de la personne, la multiplicité des acteurs impliqués et la diversité des besoins conduisent à la nécessité d'une ressource de coordination des interventions, d'accompagnement des personnes et de défense de leurs droits. L'ensemble de ces missions doit être assuré de manière à **garantir la continuité du projet de rétablissement** en lien avec l'ensemble des acteurs des champs sociaux et médico-sociaux (SAMSAH, emploi accompagné, ...).

¹ A titre indicatif, vous trouverez en annexe de ce document dans le tableau 1 les outils utilisés par les centres référents à des fins de participation à la recherche (cohorte en cours).

2.6.2. Le plan individualisé de suivi (PIS)

Le **plan individualisé de suivi (PIS)** constitue un des outils possibles pour assurer la coordination des soins et services. Ce document fixe des objectifs partagés avec la personne (+/- ses aidants). **Au vu du bilan réalisé, et en concertation avec l'usager, l'équipe définit ses priorités basées sur ses besoins, ses attentes et son projet de vie.**

Une réunion de synthèse avec les professionnels ayant réalisé les différents bilans est organisée pour chaque personne suivie. Cette réunion est préparée en amont en prenant l'attache avec le ou les adresseurs pour faire le point sur la situation de l'usager. Le ou les adresseurs sont systématiquement invités à cette réunion.

La réunion de synthèse permet de réaliser un bilan de la situation de la personne, de confronter les différents résultats et de prévoir l'orientation thérapeutique (au sens large du terme). Cette synthèse doit faire l'objet d'un compte rendu écrit. Elle est ensuite restituée à la personne qui peut être accompagnée d'un proche. Des propositions d'intervention sont faites en lien avec les besoins exprimés par la personne en vue de son rétablissement.

Un courrier de synthèse est ensuite transmis aux adresseurs et correspondants (dont le médecin traitant) concernant les résultats de l'évaluation et le PIS proposé.

Une **démarche de rétablissement est globale**, car elle concerne tous les aspects de la vie de la personne, **et intégrée** car elle doit inclure tous les acteurs et services pertinents. L'objectif cible est de co-construire avec la personne un **Projet Personnalisé de Rétablissement** intégrant les différents services mobilisables (sanitaire, médico-social, social, droit commun).

2.7. Modalités de soins et d'accompagnement pour la personne

1) Les structures de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau 1) doivent impérativement proposer les « prestations socles » suivantes:

- Un programme d'éducation thérapeutique de la personne et des aidants:

Elle propose aux personnes suivies un Programme d'éducation thérapeutique (ETP). Les professionnels mettant en œuvre ce programme doivent avoir bénéficié d'une formation référencée par la Haute autorité de santé (HAS) d'un minimum de 40 heures.

La structure de réhabilitation doit en priorité s'articuler avec les ressources internes de son établissement de rattachement (en complément des ressources propres de la structure). Il est recommandé qu'elle travaille de concert avec l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique (UTEP) en santé mentale quand elle existe au sein de l'établissement de rattachement ou du territoire.

Pour les aidants, les approches sont diversifiées (groupes d'éducation thérapeutique, accueils individuels de la famille,...). Par ailleurs, il est nécessaire que la structure puisse proposer un lieu d'accueil des familles. Ce lieu est situé de préférence dans les locaux de la structure ou à proximité géographique.

Un lien entre la structure et le coordonnateur UNAFAM du Territoire doit être formalisé. L'attache d'autres associations d'usagers en psychiatrie est aussi encouragée. Les liens avec les espaces dédiés aux usagers (Pôle ou Maison) devront également être actifs.

2) Les structures de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau 1) s'engagent à développer dans l'année à venir les « prestations cibles » suivantes, avec l'appui possible du centre référent du territoire concerné :

- Un programme d'entraînement des compétences sociales (ou entraînement aux habiletés sociales EHS) :

Plusieurs outils existent et peuvent être utilisés par des infirmiers, psychologues ou ergothérapeutes selon les structures. L'utilisation de ces outils requiert une formation spécifique pouvant être assurée notamment par les centres référents.

- Un programme de remédiation cognitive:

Chaque structure se doit de pouvoir proposer à terme de la remédiation cognitive (groupale ET individuelle). Les axes thérapeutiques de la remédiation cognitive doivent être choisis avec la personne en fonction de ses besoins et des résultats du bilan. L'échelle d'évaluation des répercussions fonctionnelles (ERF) est préconisée.

Le personnel doit d'être formé à l'utilisation de ces outils (diplôme universitaire ou formations individuelles à certaines techniques). Ces programmes peuvent être pratiqués par les médecins, les psychologues, les infirmiers ou les ergothérapeutes après formation.

Pour les neuropsychologues, étant donné que ces outils font partie de leur formation initiale, il est seulement souhaitable qu'ils soient sensibilisés à leur pratique.

- Thérapies cognitivo-comportementales (TCC):

Une sensibilisation aux TCC et ses outils est fortement conseillée, même s'il n'est pas nécessaire d'avoir une formation spécifique de type diplôme universitaire TCC pour les mettre en œuvre. En revanche, concernant la **thérapie individuelle** ou **l'entretien motivationnel**, une formation de type Diplôme Universitaire TCC s'avère nécessaire.

2.8. Modalités de réévaluation de la situation de l'utilisateur

Une réévaluation de la situation de chaque personne prise en charge par la structure est indispensable afin d'adapter au mieux l'accompagnement. La structure s'engage à mettre en place des réunions de synthèse

hebdomadaires pour faire le point sur les situations suivies par chaque membre de l'équipe. Chaque personne suivie doit bénéficier systématiquement d'un nouveau bilan à la fin de sa prise en charge (lorsqu'elle dure moins d'une année) ou à un an.

Le bilan est avant tout clinique, appuyé par le plan individualisé de suivi. L'atteinte des objectifs fixés est suivie et la satisfaction de l'utilisateur et/ou aidants recueillie. Les prises en charge sont ensuite adaptées en fonction des demandes de la personne et de ses besoins.

2.9. Coordination avec le centre référent de réhabilitation psycho-sociale

Afin d'harmoniser les pratiques de réhabilitation psycho-sociale dans la région, il est indispensable que **les structures labellisées se coordonnent étroitement avec le centre référent de leur territoire.**

Les bilans systématiques, comme les prises en charge proposées aux usagers, évolueront en fonction de l'état des connaissances et des recommandations de bonnes pratiques émises au niveau régional et par le réseau des centres référents (Bordeaux et Limoges) et animé par le centre ressource de réhabilitation(Lyon).

La structure de réhabilitation de proximité (niveau 1) s'engage à adresser au centre référent pour bilan et avis:

- les personnes qui présentent un diagnostic complexe ;
- les personnes présentant des comorbidités psychiatriques nécessitant des modalités d'évaluation ou de soins indisponibles localement;
- les personnes pour lesquelles les outils proposés ne correspondent pas à leurs besoins prioritaires et pour lesquelles aucune offre locale n'est disponible (par exemple : réinsertion professionnelle, TCC individuelle, remédiation individuelle spécifique,..).

Lorsque la structure de réhabilitation adresse une personne au centre référent, elle doit préciser par courrier sa demande et fournir au centre référent l'ensemble des éléments en sa possession concernant la personne (bilans déjà réalisés, PIS). Il en est de même si le centre référent sollicite la structure pour la prise en charge d'une personne pour lequel le centre a effectué un bilan.

Des réunions, au minimum trimestrielles, sont organisées entre le centre référent et la structure labellisée pour discuter des personnes relevant de situations complexes. En parallèle, des réunions d'échanges de pratiques professionnelles entre les centres référents et les structures labellisées sont à encourager.

Afin de faciliter les coopérations, **l'ensemble de l'équipe de professionnels de la structure de proximité labellisée bénéficiera d'une formation organisée par le centre référent.** Les thèmes abordés seront fonction des besoins estimés de chaque structure en concertation avec le centre référent du territoire concerné.

Le début de mise en œuvre des séquences courtes (3 jours) de formation est fixé à six mois après labellisation par l'ARS Nouvelle-Aquitaine et selon la capacité des centres référents à répondre. Concernant les formations plus longues (dont le Diplôme Universitaire de remédiation cognitive organisée par la seule université Lyon 1, ou le Diplôme Universitaire de TCC,...) le début de mise en œuvre est fixé à un an.

Afin de soutenir le processus de formation engagé par l'établissement et le fonctionnement cible, un accompagnement financier de l'ARS pourra être sollicité (crédits non reconductibles), au regard du projet et des besoins objectivés de l'établissement (sur demande de financement motivée à produire en annexe au dossier du candidat).

*A cet effet, une demande de financement sera à joindre le cas échéant au dossier de cet ACC accompagnant le plan de formation envisagé pour la structure. Seules les demandes de financement de formation longue (ETP, DU Remédiation cognitive, DU TCC,...) pourront faire l'objet d'un accompagnement financier **plafonné à hauteur de 5 000 euros par structure**.*

2.10. Moyens humains

2.10.1. Le dimensionnement « socle » de l'équipe de réhabilitation psycho-sociale

Les « **moyens humains socles** » dont les structures de réhabilitation psycho-sociale de proximité (niveau 1) doivent disposer reposent sur des temps de psychiatre, neuropsychologue et/ou psychologue et infirmier.

Ces moyens sont obtenus soit par :

- reconnaissance des moyens déjà affectés pour les structures préexistantes qui demanderont leur labellisation ;
- redéploiement de moyens existants au sein de l'établissement de rattachement pour les structures à créer.

Les besoins sont estimés à **un minimum de 0.5 équivalent temps plein (ETP) de psychiatre (1 ETP souhaité), 0.5 ETP de neuropsychologue (1ETP souhaité) et 2.5 ETP d'infirmiers** pour 100 nouvelles personnes incluses dans la structure.

Le financement du poste de neuropsychologue par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pourra être sollicité dans le cadre de cet AAC pour les structures ne disposant pas de cette ressource (demande de financement motivée à produire en annexe au dossier de candidature). L'estimation des besoins de chaque structure doit être réalisée en coopération avec le médecin du Département d'Information Médicale (DIM) en fonction de la population cible, notamment de celle reçue chaque année dans l'établissement de santé de rattachement.

2.10.2. Les missions spécifiques

Les **missions du psychiatre** sont de valider l'orientation dans la structure. Il participe à l'évaluation des besoins de la personne au décours d'entretiens individuels (consultation médicale spécialisée permettant de recueillir des informations sur le diagnostic principal, les problèmes somatiques associés, les traitements suivis, les périodes de crises, les éléments d'évaluation et de prévention des récives). Il participe à la coordination des soins médicaux et paramédicaux en lien avec les professionnels extérieurs. Il peut aussi participer à l'animation de groupes d'éducation thérapeutique à destination des personnes suivies et/ou des aidants.

Les **missions des infirmiers** sont de participer à l'évaluation de la situation de la personne (recueil des éléments qui favorisent sa stabilité et son bien-être). L'infirmier veille à la continuité du suivi médical général de la personne et à la mise en œuvre des soins de réhabilitation (individuels et groupaux). Il accompagne la personne vers des actions de prévention et d'éducation à la santé et réalise des programmes d'éducation thérapeutique en individuel et en groupe, pour les personnes suivies et les proches aidants. Dans le cadre de la coordination du parcours de la personne, il peut être référent d'un nombre limité d'usagers.

Les **missions du neuropsychologue** sont d'objectiver et de quantifier les capacités préservées et le déficit cognitif. Il propose un travail de réhabilitation participant au processus de rétablissement des fonctions neuro-cognitives (remédiation cognitive, travail sur la cognition sociale et méta cognition). Selon les difficultés cognitives et comportementales repérées, il propose un travail sur la cognition sociale permettant ainsi une meilleure régulation des conduites dans les interactions sociales. Il met en œuvre des soins groupaux ou individuels. De par sa formation initiale, le neuropsychologue a un rôle référent en remédiation cognitive.

2.10.3. Les fonctions « cibles » de l'équipe de réhabilitation psycho-sociale

Ces moyens humains peuvent être notamment complétés, en fonction des besoins et des capacités de l'établissement, par des temps d'assistant de service social, d'ergothérapeute, de psychomotricien, ou de travailleur médiateur santé pair.

L'**assistant de service social** accompagne les personnes dans leurs démarches pour l'accès ou le maintien dans le logement. Il est un interlocuteur central en lien avec les instances partenariales pour l'accès aux dispositifs d'hébergements adaptés ou ordinaires. En fonction des besoins, il met en œuvre des actions visant à protéger la personne (par exemple, mesure de protection juridique).

Les missions principales de l'**ergothérapeute** sont de soutenir le développement des habiletés sociales, de mettre en place des stratégies d'adaptation et de renforcement des compétences à maintenir (principalement en matière d'autonomie). Il propose un travail visant à restaurer ou compenser les fonctions déficitaires par le biais d'entraînement en situation réelle.

Le **psychomotricien** aide les personnes souffrant de troubles psychomoteurs, c'est-à-dire confrontées à des difficultés psychologiques exprimées par le corps, en agissant sur leur fonction psychomotrice (difficultés d'attention, problème pour se repérer dans le temps ou l'espace,...). Dans le cadre de séances de rééducation individuelles ou collectives, ce spécialiste évalue les capacités psychomotrices de la personne et recherche l'origine de ses problèmes. Il contribue ainsi à la réhabilitation et à sa réinsertion psycho-sociale et l'accompagne, ainsi que son entourage, tout au long d'un projet thérapeutique. Pour cela, il effectue des bilans réguliers dans son domaine d'activité.

Par son savoir expérientiel de la maladie, le **travailleur médiateur santé pair** offre un modèle d'identification, de soutien et d'information auprès des personnes vivant des situations similaires à celles vécues par lui-même. Faisant partie intégrante de l'équipe soignante, le travailleur médiateur santé pair participe aux synthèses et met en œuvre des actions individuelles ou collectives dans le cadre du projet de service et du projet de la personne. Par son double regard, le travailleur médiateur santé pair contribue à faire évoluer les représentations des soignants.

2.11. Indicateurs d'évaluation

La structure de réhabilitation de proximité (niveau 1) s'engage à produire chaque année un rapport d'activité qui comprend au minimum les indicateurs suivants :

- Nombre de nouveaux usagers inclus dans l'année
- File active, âge et diagnostic principal
- Nombre de patients adressés au centre référent
- Durée moyenne de prise en charge dans la structure
- Nombre d'actes et types d'actes réalisés par chaque professionnel de la structure
- Nombre de personnes ayant bénéficié de 5 entretiens (ou plus) ou de 5 venues (ou plus)
- Nombre de personnes ayant bénéficié de 5 groupes (ou plus)
- Nombre de personnes de la file active ré hospitalisées en psychiatrie sur l'année
- Source d'adressage
- Nombre de familles ou proches reçus et nombre de propositions d'accompagnement faites aux familles et aidants

La structure rapporte également les éléments suivants :

- L'état des effectifs et les éventuels mouvements (départs, transformations de postes, ...), l'organigramme de la structure ainsi que le correspondant en RPS identifié ;
- Le bilan des formations réalisées conformément au plan de formation joint au dossier de candidature ;
- La liste des partenaires mobilisés dans le cadre de la mise en œuvre du Projet Individualisé de Suivi ;
- L'état des actions réalisées sur le territoire en lien avec le secteur médico-social, social, associatif ;
- L'état des éventuelles actions de collaboration à la recherche et ressources associées.

3. LES CANDIDATURES

4.1. Modalités de dépôt du dossier de candidature

Le dossier de candidature à la labellisation, signé par l'établissement porteur, doit être adressé **par courrier électronique** à l'adresse suivante :

ARS-NA-DOSA-AAP@ars.sante.fr



La taille maximale autorisée d'un mail avec les pièces jointes est de 10 Mo. En cas de dépassement, procéder à des envois successifs respectant cette contrainte.

L'Agence accusera réception du dossier de candidature reçu par voie de messagerie.

La date de clôture de dépôt du dossier est fixée au **vendredi 31 Août 2018.**

4.2. Contenu du dossier de candidature

Le dossier de candidature devra **impérativement** comporter les pièces suivantes :

Une présentation générale de l'organisation actuelle et de l'offre de soins et de services de la structure comprenant :

- La mission générale ainsi que la place de la réhabilitation au sein de l'organisation et les liens éventuels avec les centres experts (Schizophrénie, Troubles bipolaires,...) ;
- Les capacités existantes du promoteur à mettre en œuvre le projet (les prestations déjà mises en œuvre en termes d'ETP, de remédiation cognitive, d'entraînement aux habiletés sociales,...)
- L'estimation de la population cible (requête du DIM) concernant les adultes avec un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie ou trouble bipolaire ;
- Les partenariats déjà formalisés avec le médico-social ou d'autres établissements de santé, associatif, social et de droit commun ;
- Les liens existants avec le centre référent de RPS du territoire concerné ;
- Une présentation des locaux et moyens matériels dans son environnement.

Un engagement formel du directeur de l'établissement psychiatrique ainsi que du chef de pôle (Etablissement public de santé mentale) ou du référent médical (clinique, ESPIC) sur la mise en œuvre du projet d'organisation et de fonctionnement.

Le projet de service concernant la labellisation comprenant:

- Une présentation du projet de réhabilitation psycho-sociale reprenant les critères du cahier des charges ;
- Les ressources humaines mobilisées comprenant un organigramme prévisionnel de l'état des effectifs de départ, les effectifs « cibles » à un an en précisant le type de qualification, les compétences mobilisées et les missions dévolues. Il conviendra de préciser les modalités d'atteinte de ses effectifs cibles (transformation de poste à moyen constant,...) ;
- Le plan de formation prévisionnel (formations des centres référents du territoire concerné, DU de Remédiation cognitive, DU TCC, formations à l'ETP...)

4.3. Règles d'éligibilité du projet et critères de choix

Seuls les dossiers complets seront examinés. Les critères de conformité au présent document seront primordiaux pour obtenir la labellisation².

4.4. Le processus de sélection de l'ARS

Les dossiers de réponse seront examinés par un comité de sélection rassemblant des compétences médicales et techniques.

Ce comité se réunira en Octobre 2018 et proposera au Directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine les candidatures pouvant bénéficier de la labellisation.

² A titre d'information, la grille de sélection est disponible en annexe de ce document.

ANNEXE

Tableau 1 : outils préconisés dans le cadre de la recherche (suivi de cohorte)

Type de patients	Domaines explorés	
1-Pour les patients souffrant de schizophrénie	Premier temps du Bilan de la neuro-cognition	Entretien systématique
	Mémoire	Grober RL/RI16 ou California verbal learning test systématique
	Mémoire du travail	Empans systématique
	Attention	D2 test systématique
	Fonctions exécutives	Test des commissions systématique En alternative : test des 6 éléments
	Cognition sociale	Echelle d'auto-évaluation Clacos non systématique MASC ASCO
	Fonctions visuo-spatiales	Pas de test systématique
2-Pour les patients présentant des troubles de la personnalité		Même bilan neuropsychologique que supra sauf pour la cognition sociale (AIHQ et ASCO).
3-Pour les patients avec trouble bipolaire		Même bilan neuropsychologique que pour les patients souffrant de schizophrénie.
4-Patients présentant des problèmes addictifs		Même bilan neuropsychologique que pour les patients souffrant de schizophrénie et les patients souffrant de troubles bipolaires.

Tableau 2 : grille de sélection

THEMES	CRITERES	COEF	COTATION	TOTAL
	L'organisation de l'offre en RPS	6		
Capacité du promoteur à mettre en œuvre le projet en RPS	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation ambulatoire orientée vers la Cité. • Qualité de l'articulation avec les secteurs d'hospitalisations en psychiatrie (organisation sectorielle, intersectorielle). 	3		
		3		
	Le développement et projets sur les interventions précoces	3		
	Mise en œuvre ou actions proposées de soins et d'accompagnement favorisant les interventions précoces pour prévenir ou limiter le handicap psychique.	3		
	La capacité à travailler en réseau	8		
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité actuelle à s'inscrire dans un réseau (échelle locale, régionale et/ou nationale). • formalisation des partenariats dans une perspective de décloisonnement des secteurs et de sécurisation de parcours. 	4		
		4		
	Les modalités d'accompagnement favorisant le pouvoir d'agir de la personne et des aidants par la mise en œuvre de :	8		
<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'ETP ou de psychoéducation en direction des patients • Actions favorisant l'inclusion scolaire, sociale et/ou professionnelle • Actions destinées au soutien des aidants • Actions et/ou projet de promotion de la pair-aidance 	2			
	2			
	2			
	2			
	Les critères socles exigés :	12		

Qualité des réponses proposées aux critères du cahier des charges	<ul style="list-style-type: none"> • Données relatives à l'analyse des besoins et au public (dont données DIM). 2 • Évaluation clinique, fonctionnelle et pluridisciplinaire favorisant une approche globale et environnementale de la personne (modalités d'organisation des bilans et plans de soins). 4 • Interdisciplinarité des moyens humains permettant une prise en charge individualisée, graduée et coordonnée (composition et fonctionnement de l'équipe). 4 • Moyens matériels en cohérence avec le projet (locaux, mobilité des personnels,...). 2 		
	Les critères cibles attendus (à un an) :	8	
	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation cible relative à la coordination du parcours de la personne (référents, coordonnateur de parcours, case manager,...). 4 • Qualité du plan de formation des professionnels aux outils de soins de la réhabilitation psycho-sociale et programmation en vue de la montée en charge. 4 		
	TOTAL	45	