

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



+ d'infos ?

contact@anap.fr

Résumé

Le concept de réhabilitation psychosociale propose une philosophie de soins qui marque une évolution par rapport aux prises en charge classiques en santé mentale.

Elle recourt à des techniques de soins particulières, comme la remédiation cognitive, pour aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à conforter leurs fonctions cognitives et leurs compétences sociales, socle indispensable pour se maintenir dans le milieu de vie le plus ordinaire possible.

Néanmoins, ces soins sont encore peu développés et relèvent trop souvent d'une approche universitaire difficilement accessible pour les personnes qui en auraient besoin.

Cette publication a été réalisée à partir de cinq monographies d'établissements ayant mis en œuvre des soins de réhabilitation mais également par la contribution d'un groupe de réflexion composé d'équipes pionnières représentant plus d'une vingtaine d'établissements, de patients et de leurs représentants.

À l'heure où les projets territoriaux de santé mentale doivent rendre les soins de réhabilitation psychosociale accessibles à toutes les personnes vivant avec des troubles psychiques, la publication œuvre à décrire une démarche de structuration des dispositifs de réhabilitation psychosociale de proximité.

En complément un hyperlink kit d'outils est mis à disposition afin de :

- ▶ Décrire de nouvelles compétences à mobiliser soit par l'apport de métiers nouveaux dans le champ de la santé mentale, soit par l'évolution du positionnement de métiers plus classiques *via* des fiches de bonnes pratiques managériales;
- ▶ Proposer de nouvelles solutions organisationnelles *via* des fiches de bonnes pratiques organisationnelles;
- ▶ Proposer des indicateurs d'évaluation de ces dispositifs.

Abstract

3

The concept of psychosocial rehabilitation proposes a treatment philosophy that marks a change from traditional mental health care.

It uses special care techniques, such as cognitive remediation therapy, to help people living with mental disorders to strengthen their cognitive functions and social skills, an essential foundation for remaining in the most ordinary living environment possible.

Nonetheless, this care is still underdeveloped and all too often falls within an academic approach that is difficult to access for people who need it.

This publication has been compiled using 5 monographs from facilities that have implemented rehabilitation care, but also using the contribution from a focus group comprising pioneering teams representing more than twenty facilities, patients and their representatives.

At a time when regional mental health projects have to make psychosocial rehabilitation care accessible to everyone living with psychological disorders, the publication aims to describe an approach to structuring local psychosocial rehabilitation measures.

In addition, a tool kit is made available to:

- ▶ Describe new skills to be introduced, either by bringing new professions into the field of mental health, or by changing the positioning of more traditional professions by means of good managerial practice sheets;
- ▶ Propose new organisational solutions using good organisational practice sheets;
- ▶ Propose indicators for evaluating these measures.



Préface

Ces dernières années ont vu apparaître des progrès considérables permettant aux personnes souffrant de troubles psychiatriques de diminuer ou de voir disparaître les manifestations aiguës de leur trouble.

Si ces progrès sont essentiels, ils restent malheureusement insuffisants car l'évolution vers la chronicité et l'installation du handicap sont la préoccupation majeure pour les personnes concernées et leur entourage.

Les recherches sur les troubles psychiatriques ont formellement identifié les facteurs de vulnérabilité et de protection qui interviennent sur l'évolution des troubles et impactent leur pronostic. Ces travaux sont venus démentir une conception de la maladie psychiatrique « processuelle » c'est à dire qui continue à évoluer de façon spontanée.

Ainsi, les facteurs, communs à la plupart des troubles, ont à voir avec l'engagement social, la résistance au stress, l'activité physique et cognitive, les stimulations sociales, le bien être, et la santé. Ces travaux font écho de façon positive, avec les premiers mouvements des usagers dans les années 90 revendiquant un droit à l'auto-détermination et au choix de vie (empowerment).

La notion de rétablissement s'inscrit dans une approche résolument innovante. La réhabilitation psychosociale a pour objectif de favoriser le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques dont les rapports avec les autres et dont l'autonomie sociale sont mis à mal à cause de ces troubles, de leurs séquelles et de leur stigmatisation.

Des recherches en réhabilitation psychosociale sont désormais effectuées dans le monde entier et de nombreux travaux viennent argumenter l'efficacité de ces actions. En France, quelques équipes « pionnières » ont adopté ces approches innovantes. Certains, avec le Pr Nicolas Franck, ont déployé une formation nationale. Bien que formées, les équipes qui tentent de développer à leur tour des soins de réhabilitation psychosociale rencontrent parfois des freins à l'intégration de celles-ci dans leur structure

Dans le but de permettre à l'ensemble des personnes concernées d'accéder aux soins de réhabilitation psychosociale sur le territoire, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance met à disposition cette publication destinée à accompagner les personnels des établissements de santé et médicosociaux.

Pr Pierre Thomas

Praticien universitaire - praticien hospitalier au CHU de Lille
Ancien président du collège national des universitaires de psychiatrie

Sommaire

Introduction : La réhabilitation psychosociale : contexte et enjeux	p. 7
1. Les enjeux : quelques repères quantitatifs	p. 7
2. La problématique	p. 7
3. L'apport de la réhabilitation psychosociale	p. 7
4. Le processus de prise en charge « à dire d'experts »	p. 8
5. Une assise législative	p. 10
1. Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?	p. 11
1. Préalables	p. 12
2. L'approche territoriale	p. 12
3. Les impacts organisationnels au plan institutionnel	p. 14
4. En résumé	p. 17
5. Et après ?	p. 17
Annexes	p. 18
Glossaire	p. 20
Remerciements	p. 22

Introduction

La réhabilitation psychosociale : contexte et enjeux

1. Les enjeux : quelques repères quantitatifs

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 25 % de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental¹. En France, la prévalence des maladies mentales est appréhendée, notamment au travers d'enquêtes en population générale (enquête Santé protection sociale de l'IRDES²) : 14 % des personnes interrogées déclarent souffrir d'une maladie psychique, ce qui représente plus de 9 millions de personnes. Il reste difficile de déterminer de façon précise le nombre de personnes dont la santé mentale est affectée pour de multiples raisons :

- ▶ Les données épidémiologiques du champ ne sont pas assez développées et manquent de précision;
- ▶ Les personnes suivies en ambulatoire exclusif (centres médico-psychologiques) ne sont pas répertoriées, hors déclaration en affection de longue durée;
- ▶ Le périmètre des troubles est différent selon les définitions retenues (troubles sévères et persistants, troubles légers à modérés, troubles liés à un mal-être);
- ▶ Les personnes atteintes de troubles psychiques ne sont pas toutes dépistées et suivies : 1/3 des personnes sans logement personnel sont touchées par des troubles psychiques sévères³ et 3/4 des détenus seraient atteints de troubles psychiatriques⁴.

Le rapport Charges et produits pour 2019⁵ de l'Assurance maladie évalue le poids des maladies mentales⁶ à vingt-trois milliards d'euros, tous régimes confondus, soit 14 % des dépenses de l'Assurance maladie. « En 2016, sept Français sur dix ont eu recours à des soins ou des prestations que l'on peut rattacher soit à une maladie psychiatrique soit à un traitement chronique par psychotrope ». Si l'on se réfère au coût global intégrant les coûts indirects liés aux arrêts de travail et à la prise en compte des invalidités générées, celui-ci peut être estimé à cent-sept milliards d'euros, soit 5 % du PIB.

Il y a donc intérêt manifeste à agir.

2. La problématique

Aujourd'hui, les troubles psychiques peuvent nécessiter un suivi dans le soin tout au long de la vie, à l'instar d'une maladie chronique, complété par des accompagnements sociaux et médico-sociaux. En psychiatrie, 80 % des personnes suivies sont prises en charge en ambulatoire avec des épisodes de ré-hospitalisation plus ou moins fréquents, épisodes rendus nécessaires par la maladie parfois, mais encore trop souvent en raison de ruptures dans le parcours des personnes. En effet, les personnes atteintes de troubles psychiques, sous traitement stabilisé et prêtes à sortir du soin institutionnel, ont besoin de se réinsérer dans la vie sociale, d'accéder au logement, d'accéder à l'emploi et à la formation, avec des étayages plus ou moins importants.

Ce besoin de socialisation est aujourd'hui mal reconnu et mal appréhendé en termes de solutions. Les Groupements d'entraide mutuelle (GEM) sont une des solutions disponibles. Ils permettent à des patients, entre eux, de décider et d'organiser les réponses à ce besoin. Ce n'est pas suffisant. Des techniques de soins particulières, les soins de réhabilitation psychosociale, les aident à compenser, conforter leurs fonctions cognitives et leurs habiletés sociales, socle indispensable pour se maintenir dans le milieu de vie le plus ordinaire possible.

3. L'apport de la réhabilitation psychosociale

De nouvelles pratiques dotées de nouveaux outils de traitement, rassemblées sous le vocable de soins de réhabilitation psychosociale⁷ et validées depuis de nombreuses années au plan international⁸, ciblent tout particulièrement l'atteinte des fonctions cognitives et le trouble des interactions sociales associées aux troubles psychiques. Les pathologies concernées sont principalement les troubles psychotiques, au premier rang desquels la schizophrénie mais aussi les troubles bipolaires, certaines formes

1 - The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope Geneva: World Health Organisation, (2001) et OMS Europe 2006.

2 - Enquête ESPS, 2008, IRDES.

3 - Enquête Santé mentale et addictions chez les sans-domicile franciliens (SAMENTA) 2009.

4 - Enquête CEMKA-EVAL -2001-148 Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral - Décembre 2004.

5 - Données 2017.

6 - Dans ce même rapport, les maladies mentales sont ainsi définies: les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

7 - Cette approche est considérée comme nouvelle en France, mais elle ne l'est pas au niveau international.

Elle a émergé aux États-Unis dès l'après Deuxième Guerre mondiale. Les fondements des techniques de la réhabilitation psychosociale remontent à la fin des années 1980: CNAAN R.A. et al.: Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11: 4, p.61-77, 1988.

Elles ont commencé à diffuser dans les milieux de la recherche universitaire française au début des années 1990.

8 - Les objectifs de la réhabilitation psychosociale ont été définis par l'Organisation mondiale de la Santé dans son rapport sur la santé dans le monde en 2001 et par l'Association mondiale pour la réhabilitation psychosociale.

Introduction

La réhabilitation psychosociale : contexte et enjeux

de dépressions, les déficiences cognitives liées à l'âge, les Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sévères, certains troubles du spectre autistique, etc. Ces indications couvrent une grande partie des maladies mentales et troubles psychiques et s'adressent à une large part du public concerné.

Au-delà, la réhabilitation psychosociale repose sur une nouvelle philosophie du soin en santé mentale :

« Elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins, en s'appuyant sur leurs capacités préservées et en respectant leurs choix. »⁹

Elle retient en priorité les capacités des personnes. Elle s'exerce principalement en ambulatoire, « hors les murs » et appelle de nouvelles organisations qui privilégient :

- ▶ Le retour et le maintien dans un milieu de vie ordinaire (domicile) avec plus ou moins d'étayages en termes d'accompagnement médico-social, de soin ou d'aide à domicile, en fonction de la lourdeur du handicap associé aux troubles psychiques ;
- ▶ L'insertion sociale et professionnelle des personnes ;
- ▶ La désinstitutionnalisation et le transfert du soin et de l'accompagnement « hors les murs ».

Elles nécessitent aussi des compétences nouvelles, encore peu présentes dans le champ de la psychiatrie et la santé mentale, telles que neuropsychologues, ergothérapeutes, orthophonistes...

Ce qui caractérise cette approche du soin par rapport à d'autres est l'importance accordée à la permanence de l'évaluation de la situation de la personne, de ses compétences et de ses ressources cognitives, bien plus que la pathologie ou le handicap dont elle est atteinte. De nombreuses études scientifiques étrangères¹⁰ démontrent l'efficacité des soins de réhabilitation psychosociale pour :

- ▶ Améliorer la qualité de vie ;
- ▶ Diminuer la prescription médicamenteuse ;
- ▶ Renforcer l'observance au traitement ;
- ▶ Favoriser le maintien au domicile ;
- ▶ Renforcer l'insertion sociale et professionnelle ;
- ▶ Réduire les coûts grâce à la diminution des ruptures dans les parcours.

Autre point non négligeable qu'il faut souligner, les soins de réhabilitation psychosociale ont pour effet de déstigmatiser la maladie psychiatrique et de ce fait les personnes qui en souffrent. De plus, grâce à cette vision globale qu'ils mettent en œuvre, c'est aussi la souffrance des proches des patients qui est prise en compte. Bref, il s'agit d'une approche où la personne pourra se construire un avenir meilleur, au-delà de sa maladie.

4. Le processus de prise en charge « à dire d'experts »¹¹

Le point d'entrée de cette approche clinique est la mise en place d'une évaluation pluridisciplinaire, à réaliser le plus en amont possible de l'entrée dans la pathologie. Cette évaluation pluriprofessionnelle personnalisée met en avant les ressources, les compétences préservées et les aspirations de la personne. Elle doit préciser les déterminants de ses difficultés fonctionnelles et le cas échéant de sa situation de handicap. Les différentes évaluations donnent lieu à une synthèse pluridisciplinaire (ensemble de l'équipe de réhabilitation psychosociale et des partenaires qui entourent le suivi de la personne), restituée en présence de la personne et de son entourage, si elle le souhaite. L'objectif de cette restitution est de définir le plan personnalisé de rétablissement qui pourra être contractualisé, sur la base des souhaits de la personne. Le plan personnalisé prévoit un programme de soins individualisés et des accompagnements, le plus souvent concomitants.

La première évaluation étant posée, le suivi de la personne nécessite des synthèses pluriprofessionnelles périodiques afin d'ajuster le programme personnalisé de rétablissement, en fonction de la progression de la personne ou de ses aspirations.

Le schéma ci-contre illustre au travers de la flèche circulaire, comment le soin se diffuse et s'adapte dans le cadre de vie de la personne et selon sa progression vers le rétablissement.

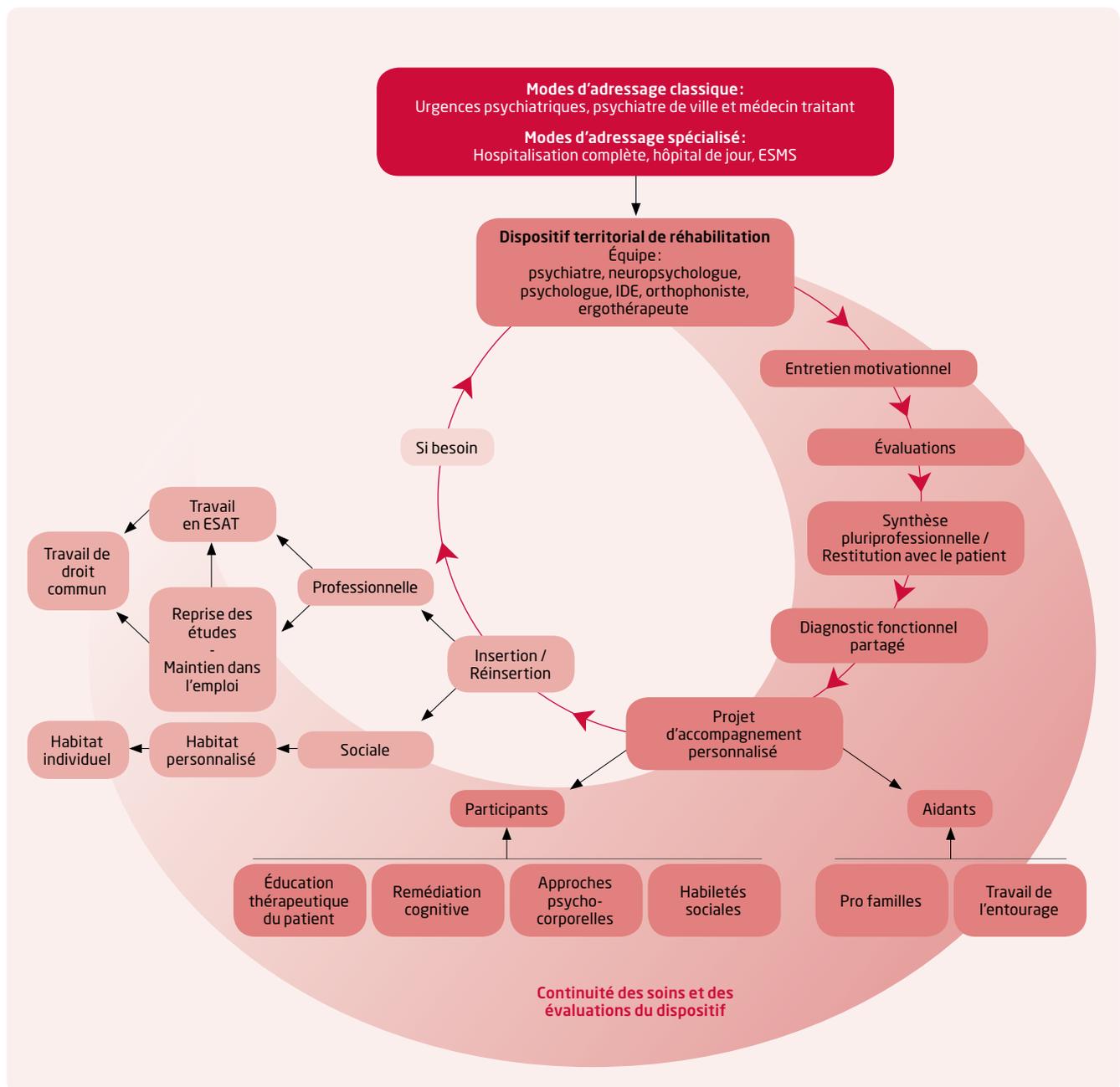
9 - Traité de réhabilitation psychosociale p1- juillet 2018.
10 - Cf. La réhabilitation psychosociale « à dire d'experts » téléchargeable et sa bibliographie annexée.

11 - Cf. La réhabilitation psychosociale « à dire d'experts » téléchargeable et sa bibliographie annexée.

Introduction

La réhabilitation psychosociale : contexte et enjeux

Figure 1 : Schéma d'un parcours en réhabilitation psychosociale¹²



Introduction

La réhabilitation psychosociale : contexte et enjeux

5. Une assise législative

Ces concepts sont en congruence directe avec les besoins des personnes dans le cadre de leur parcours de vie. C'est pourquoi, la loi du 26 janvier 2016 dans son article 69 et son décret d'application du 27 juillet 2017 visent expressément l'accès aux soins de réhabilitation psychosociale dans tout point du territoire et pour toutes les personnes qui en ont besoin :

« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

À ce titre, il prévoit : 1° 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 (...)**»¹³

Pour mettre en œuvre cette nouvelle politique publique, nous avons besoin d'un document retraçant les pratiques professionnelles mobilisées par ces soins.

Une première réponse a été produite dans le cadre du rapport « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique » produit par le Pr Marie-Christine Hardy-Baylé.¹⁴

Depuis, nous disposons d'un « Traité de réhabilitation psychosociale » écrit sous la direction du Pr Nicolas Franck, paru en juillet 2018, qui propose un véritable état des lieux du développement de ces pratiques en France.

Or, le déploiement de ces techniques de soins est très hétérogène selon les régions et les territoires¹⁵.

Reste à documenter l'organisation d'équipes pionnières en réhabilitation psychosociale, facilitant l'accès aux usagers à ces techniques de prises en charge, en :

- ▶ Décrivant une ou plusieurs organisations type;
- ▶ Anticipant sur le développement de nouvelles compétences ou métiers (loi de santé);
- ▶ Anticipant sur les besoins de formation;
- ▶ Faisant évoluer les organisations de la psychiatrie et du handicap psychique (recours à l'institution) selon une approche « parcours » au bénéfice des personnes concernées;
- ▶ Proposant des modalités de pérennisation, du point de vue organisationnel, de ces dispositifs de prise en charge.

L'ANAP, à travers ses travaux et les pratiques managériales et organisationnelles observées sur le terrain, propose de s'inscrire dans les démarches existantes sous l'angle organisationnel afin d'accompagner la diffusion de ce mode de prise en charge à plus grande échelle.

10

13 - Décret du 27 juillet 2017.

14 - Centre de preuve créé en appui au programme de travail de la HAS - Parution du rapport en septembre 2015.

15 - Cf. site de l'Association francophone de remédiation cognitive : <https://remediation-cognitive.org>



1

Comment mettre en place
un dispositif de réhabilitation
psychosociale ?

Chapitre 1

Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?

Pour étayer des préconisations issues du terrain, l'ANAP s'est appuyée sur deux niveaux de réflexion :

- ▶ L'observation de cinq dispositifs mis en œuvre par des équipes pionnières support aux monographies téléchargeables sur le site de l'ANAP :
 - Le centre de jour CRISALID à l'EPSM Isérien de l'Oise (Clermont de l'Oise);
 - Le centre référent de réhabilitation au CH Esquirol à Limoges (C2RL);
 - Le pôle de réhabilitation à Fleury-les-Aubrais;
 - Le Centre d'interventions précoces pour psychoses (CIPP) au CH de la Chartreuse à Dijon;
 - L'Établissement de santé mentale MGEN (ESM) de Lille.
- ▶ Les travaux d'un groupe constitué :
 - De professionnels issus de vingt-trois établissements ayant déployé des soins de réhabilitation psychosociale, dont un médico-social;
 - De représentants des usagers et des familles et aidants;
 - D'institutionnels: administrations centrales, DGOS, DGS, DGCS, ANESM¹⁶, CNSA, ARS, Crehpsy du Nord.

La synthèse des travaux du groupe constitue le socle de la publication. Elle est étayée par des fiches de pratiques managériales et organisationnelles qui correspondent aux pratiques mises en œuvre par les cinq équipes pionnières.

1. Préalables

Dans le domaine de l'innovation, le premier frein est le plus souvent culturel. Cela suppose des compréhensions différentes du sujet. Ici, comme ailleurs, les premiers débats ont témoigné des différentes représentations que chacune des communautés présentes dans le groupe de réflexion attribuait au concept. Pour pouvoir avancer sur un socle minimal de consensus, une enquête a été réalisée pour recenser les différentes approches sémantiques¹⁷.

Le déploiement des soins de réhabilitation psychosociale s'est ancré territorialement sous des désignations différentes reflétant l'histoire et la diversité des situations locales.

Les services physiques où les soins sont mis en œuvre peuvent s'appeler :

- ▶ Centres référents ou de proximité selon une approche graduée;
- ▶ Plateformes intersectorielles de réhabilitation psychosociale;
- ▶ Département de réhabilitation psychosociale;
- ▶ Centre d'intervention précoce;
- ▶ Service de réhabilitation psychosociale;
- ▶ ...

Dans certains territoires où l'approche communautaire est très développée, la réhabilitation psychosociale fait partie intrinsèquement des prises en charge et la réponse apportée n'est pas nommée spécifiquement : il s'agit d'une activité de secteur.

Pour des raisons pratiques, il est proposé de retenir ici, le terme de « **dispositif territorial de réhabilitation psychosociale** » dans un but de représentativité la plus large possible des situations locales.

Néanmoins, au travers de toute la documentation constituée, plusieurs invariants se détachent dans les modalités de création de tels dispositifs :

- ▶ Une approche territoriale indispensable qui s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale;
- ▶ Des impacts institutionnels forts.

2. L'approche territoriale

La création ou le développement d'un dispositif territorial de réhabilitation psychosociale doit s'inscrire dans l'élaboration du Projet territorial de santé mentale¹⁸. La première étape à réaliser pour envisager la création d'un tel dispositif est de procéder au diagnostic partagé et de recenser les besoins du territoire. Pour effectuer le diagnostic, il faut s'appuyer sur la carte d'identité territoriale de santé et les spécificités des parcours existants¹⁹. Pour aller plus loin, il est possible de se référer aux travaux réalisés en Île-de-France sous la direction du Dr Amado exerçant à Sainte-Anne.

12

16 - Avant son intégration au sein de la HAS, au 1^{er} avril 2018.

17 - Les résultats de l'enquête sont téléchargeables sur le site de l'ANAP.

18 - Décret du 27/07/2017 : « Le projet territorial de santé mentale précise les actions de prévention et de promotion de la santé mentale, les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale ».

19 - Outils proposés dans la publication de l'ANAP : « Élaborer un parcours en santé mentale : méthode et outils au service des territoires ».

Chapitre 1

Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?

2.1 Quel territoire ?

Cette question touche directement la notion de territoire affilié au Projet territorial de santé mentale (PTSM).

Là encore, la diversité des situations ne permet pas de poser un périmètre idéal général. Néanmoins, deux niveaux doivent être appréhendés qui ont des conséquences en termes d'organisation. Les PTSM sont en grande majorité à vocation départementale (sauf zones urbaines très denses ou au contraire zones rurales très étendues). Cela suppose que l'organisation soit conçue selon une double approche :

- ▶ Une organisation des soins de réhabilitation psychosociale lisible au niveau du département (lieu de concertation des acteurs institutionnels);
- ▶ Déclinée au niveau de proximité qui correspond au lieu de vie des personnes et intéressant les acteurs intervenant directement auprès de lui et de ses aidants.

Dans plusieurs régions, des centres référents²⁰ ont été créés et ils ont le plus souvent constitué le point de démarrage d'une offre de réhabilitation psychosociale dans leur aire d'intervention. Dès lors qu'ils existent, ils doivent mettre en œuvre et piloter un certain nombre de missions :

- ▶ La prise en charge de proximité dans leur aire d'intervention
- ▶ Les formations au plan des techniques de soins et à la notion de rétablissement;
- ▶ L'appui à la création des dispositifs de proximité;
- ▶ L'animation de sessions d'échange de pratiques pluriprofessionnelles, et en inter-champ;
- ▶ L'animation du réseau ↔ lien avec les plateformes territoriales d'appui (PTA) afin de faire connaître l'organisation territoriale des soins de réhabilitation psychosociale;
- ▶ La prise en charge des situations complexes au plan clinique (liens avec la génétique, les neurosciences...);
- ▶ Le développement d'axes de recherche appliquée (cohortes ...).

Il est important de souligner la mission relative à la structuration de données épidémiologiques dans le champ de la santé mentale. C'est aujourd'hui une des bases de référence dans l'attente de la structuration du système national des données en santé et surtout de l'amélioration de la qualité du codage des données existantes.

2.2 Quelle population ?

À dire d'experts, l'intégralité des personnes vivant avec des troubles psychiatriques sévères et persistants peut relever d'une prise en charge en réhabilitation psychosociale quel que soit le diagnostic, maladies mentales, troubles du spectre autistique, démences liées à l'âge...

Cela signifie que les dispositifs à mettre en place dans les territoires reposent sur des besoins importants. Néanmoins, l'organisation de la réponse, notamment celle relevant de l'hospitalisation complète, pourra être modulée selon la typologie des publics :

- ▶ Entrée dans la maladie;
- ▶ Suivi au long cours;
- ▶ Troubles du spectre autistique;
- ▶ Comorbidités associées qui nécessitent des bilans plus pointus (génétique, IRM...).

La réhabilitation psychosociale fonctionne en réseau. Les exemples de coopérations sont nombreux et très hétérogènes. C'est pourquoi, les acteurs pouvant être en lien avec le dispositif de réhabilitation psychosociale doivent être identifiés et contactés (secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, associatifs, etc.)²¹.

Enfin, le dispositif doit être rendu lisible au niveau du département par un plan de communication adapté à l'ensemble des publics concernés, usagers et aidants, mais également professionnels du parcours²².

13

20 - Selon les référentiels établis dans le guide « Centres de référence labellisation, structures spécialisées » - DGOS PF2 - février 2012.

21 - Plusieurs dispositifs innovants relevant de la RPS figurent dans la boîte à outils annexée à l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale. À titre d'exemple, on peut citer l'expérience Paloise d'accès au logement pour les personnes handicapées psychiques.

22 - Il s'agit des professionnels du premier recours, du secteur médico-social et social.

Chapitre 1

Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?

3. Les impacts organisationnels au plan institutionnel

Plusieurs prérequis semblent importants à anticiper pour qu'un dispositif de réhabilitation psychosociale puisse se mettre en place. Il est nécessaire de :

- ▶ S'appuyer sur une volonté institutionnelle ;
- ▶ Concevoir le dispositif en intersectoriel ;
- ▶ Avoir un responsable de projet motivé voire charismatique ;
- ▶ Prévoir un plan de formation pluriannuel aux techniques de soins. Tout le personnel de la structure doit être formé²³ ;
- ▶ Prévoir le recrutement de compétences spécialisées : neuro-psychologue, orthophoniste, ergothérapeute, etc.

Il faut ensuite mettre en place une organisation adaptée qui permettra de produire une évaluation régulière de la situation des personnes prises en compte, d'aménager le recueil d'information pour évaluer l'activité produite et de fonctionner en réseau.

3.1 Une organisation interne adaptée

Les prises en charge en réhabilitation psychosociale se font essentiellement en ambulatoire et au-delà de la définition institutionnelle (CMP, HDJ, CATTP, SAMSAH, VAD...) « hors murs », c'est-à-dire au plus près de la personne dans son milieu de vie : domicile institutionnel, civil, social... Cette approche permet de proposer des soins personnalisés tenant compte de l'environnement de vie de la personne.

Il est important de prévoir une activité de case management pouvant être exercée par un ou plusieurs professionnels. Leurs missions sont d'accompagner les personnes dans leur milieu de vie, de garantir le suivi du soin, et de les aider à résoudre les problèmes rencontrés dans leur projet de réinsertion professionnelle et sociale.

Néanmoins, les soins de réhabilitation psychosociale peuvent démarrer en hospitalisation complète.

Pour le premier épisode de la maladie, les personnes peuvent accéder aux soins *via* les urgences, en hospitalisation complète. L'objectif est alors de proposer le plus en amont possible les soins de réhabilitation psychosociale par une équipe formée afin de préparer la sortie de l'hospitalisation complète.

Pour les patients au long cours toujours suivis en hospitalisation complète, l'objectif est le même, préparer leur sortie dans les meilleures conditions pour eux-mêmes et pour les acteurs qui vont les accueillir.

En revanche, la création d'unités de réhabilitation psychosociale en hospitalisation complète intersectorielle ne doit s'envisager que comme un mode d'organisation de la trajectoire du patient au sein de l'établissement, comme une unité de préparation à la sortie en coordination avec une prise en charge « hors les murs ».

L'idéal consiste dans l'intégration des techniques de soins au cœur du secteur, afin qu'elles puissent être proposées à tous. L'exercice repose sur une approche pluri-professionnelle avec des compétences encore peu nombreuses dans les institutions de santé mentale (sanitaires et médico-sociales) : neuropsychologues, ergothérapeutes, orthophonistes. Cette mixité des compétences permet en plus d'enrichir la culture, les connaissances et compétences des professionnels.

En parallèle, la mise en place de dispositifs de réhabilitation psychosociale se traduit partout par un impact direct très positif qui est celui de la dynamisation de l'exercice infirmier, voire du pharmacien de l'institution. Cette dynamisation découle de la contribution établie et reconnue de chacun des métiers dans la prise en charge des personnes.

La place de l'Éducation thérapeutique (ETP) ou psycho-éducation est également prépondérante, à destination des personnes mais aussi de leurs aidants.

À noter également, le rôle de la pair-aidance (ou patient-expert) qui se développe de façon plus favorable dans ce cadre²⁴.

14

23 - Il existe, à ce jour, un diplôme universitaire identifié en remédiation cognitive proposé par plusieurs universités françaises à Paris et en province. Les centres référents, dès lors qu'ils ont été constitués selon le cahier des charges de la DGOS paru en 2012 doivent assurer cette formation.

24 - Pour aller plus loin, il existe désormais une formation de médiateur de santé pair.

Chapitre 1

Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?

La mise en place de cette réponse peut se concevoir dans un premier temps en **intersectoriel** avec pour objectif de généraliser l'appropriation des techniques au sein de chaque secteur, notamment par une irrigation des Centres médico-psychologiques (CMP) pour une réponse de proximité. Il s'agit de mettre à disposition des personnes une palette de soins élargie, dont la réhabilitation psychosociale, pour permettre un retour et un maintien dans le milieu de vie ordinaire. Cela permet également de pouvoir disposer d'une file active suffisante au démarrage de l'activité.

Les techniques de soins nécessitent souvent l'accès à des postes informatiques et des logiciels spécifiques. De façon générale, la mise en place de la réhabilitation psychosociale peut s'envisager par redéploiement de ressources existantes, hormis le dispositif de formation et logistique.

Il est important de mettre en évidence que formations et compétences nouvelles constituent des investissements qui porteront leurs fruits dans l'amélioration des conditions de vie des personnes et des professionnels. En effet, partout, il a pu être constaté que le développement de ces nouvelles compétences constituait un vecteur d'attractivité et de « redécouverte du sens à la pratique quotidienne »²⁵.

Au-delà, sur la base d'une approche citoyenne, il est préférable pour une personne de rester contributrice à l'espace social plutôt que redevable²⁶.

Exemple : une personne qui peut se maintenir dans son emploi, qui peut poursuivre ou reprendre sa scolarité ou des études... plutôt qu'envisager l'allocation sociale comme seul moyen de subsistance.

3.2 Préparer l'évaluation du dispositif et de son impact dans le parcours des personnes

Là encore, la réhabilitation psychosociale se caractérise par un objectif d'auto évaluation des techniques déployées en termes d'impact sur le parcours des personnes. Cela suppose la mise en place d'indicateurs d'activité et de suivi fondés sur le rétablissement et le « vivre avec la maladie ou le trouble », à l'instar des autres maladies chroniques. Elle induit ainsi de façon naturelle une action de déstigmatisation de la maladie mentale à l'égard des personnes et des professionnels.

C'est pourquoi, il est nécessaire d'envisager des enquêtes de satisfaction de la part des personnes et de leurs aidants, pour témoigner de son impact positif dans leur parcours de vie.

Dans le but d'organiser le recueil d'information qui y répondra, il est souhaitable de demander la création d'Unités fonctionnelles dédiées (UF) dans le fichier structure de l'établissement (sanitaire), auprès du département de l'information médicale et du contrôle de gestion.

Il faudra ensuite organiser le recueil de données permettant l'objectivation de l'activité avec la mise en place d'indicateurs dans les domaines suivants : le patient, l'activité, la qualité, la formation, les partenariats et la communication²⁷.

Dans l'attente de précisions au plan national, il est également très souhaitable de préparer une trame de rapport d'activité (à négocier avec l'ARS et le conseil départemental) permettant de synthétiser les données à différents niveaux (établissements, départements, régions, national). Cette approche évaluative est nouvelle dans le domaine de la psychiatrie et la santé mentale et elle fait partie des missions des centres référents. Il serait fort utile qu'elle se déploie dans tout le champ de la réhabilitation psychosociale.

15

25 - Propos exprimés par un infirmier intervenant au CIPP de Dijon.
26 - Qui plus est, une évaluation de cette approche pourrait bénéficier de retombées économiques globales positives.

27 - Cf. Fiche P07 - « Quelques indicateurs de suivi et d'évaluation » téléchargeable sur le site de l'ANAP.

Chapitre 1

Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?

3.3 Se préparer à une organisation en réseau

Cela suppose au plan matériel d'organiser la communication de l'équipe de réhabilitation psychosociale vers l'adresseur (secteurs, médecins traitants, psychiatres libéraux, médico-social, social...). Cela implique de travailler sur le système d'information de l'établissement : dossier médical partagé, messagerie sécurisée...

La mise à disposition des compétences spécialisées auprès de l'ensemble des acteurs de la santé mentale doit être organisée afin de permettre la continuité du soin, au travers du secteur de psychiatrie, autant que de besoin, et surtout si l'acteur du soin n'est plus en première ligne. C'est pourquoi, il faut se préparer à organiser un processus de restitution systématique et régulier de l'évolution de la personne à l'équipe ou au professionnel adresseur, qui pourra poursuivre le suivi médical, à l'extérieur (psychiatres libéraux, psychologues, médecins traitants...)²⁸.

Divers dispositifs sont à considérer :

- ▶ Dossier médical partagé ;
- ▶ Réunions de synthèse périodiques avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le parcours de la personne, en présence de la personne ;
- ▶ Dispositifs de soins mobiles :
 - Équipes mobiles ;
 - Missions de case manager ;
 - Dispositifs mixtes (ex : binôme IDE- travailleur social mis en place à Versailles) ;
- ▶ Télépsychiatrie, téléconsultations, téléexpertises ;
- ▶ Participation aux Conseils locaux de santé mentale (CLSM) quand ils existent ;
- ▶

Leur objectif commun est de prévenir les ruptures dans le parcours des personnes.

Enfin, il est indispensable de prévoir une communication extérieure, vis-à-vis des usagers et des acteurs du système de santé pour que le dispositif soit connu, repérable et lisible.

28 - Cf. publication de l'HAS « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux » septembre 2018. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

Il est important d'anticiper sur la création des plateformes territoriales d'appui et de se manifester auprès d'elles, voire d'en devenir un partenaire en intégrant sa gouvernance.

3.4 Les freins au développement de ces dispositifs

La réhabilitation psychosociale est une philosophie de soins qui marque une grande transformation par rapport aux soins psychiatriques classiques. De ce fait, certains professionnels de santé ont encore un point de vue négatif sur ces techniques de soins qui modifient le rapport entre les acteurs.

Par exemple, la mise en œuvre de ces soins passe par :

- ▶ Un repositionnement de la personne dans le rapport patient-soignant ;
- ▶ Un travail en pluridisciplinarité avec une reconnaissance particulière à certaines compétences spécialisées ;
- ▶ Un impact fort de l'évaluation dans la justification des soins (médecine par la preuve) au travers du projet personnalisé de rétablissement ;
- ▶ Un partage des informations avec les partenaires, au-delà du secret professionnel, pour accompagner la personne de façon globale dans sa vie citoyenne et sociale ;
- ▶ Un nécessaire effort de formation pour s'approprier les nouvelles techniques de soins ;
- ▶ Le recrutement de compétences spécifiques qui peuvent être difficiles à recruter²⁹.

Au-delà des réticences culturelles, c'est bien le chapitre de la formation qui reste le frein principal à un déploiement rapide et massif de l'innovation. Ces concepts commencent à peine à intégrer la formation initiale des futurs psychiatres. Elle n'existe pas pour les paramédicaux. Quant à la formation continue, seule une forte incitation au niveau national permettrait d'accélérer le processus³⁰. Là encore, la communication et la sensibilisation sont essentielles pour dépasser cette situation.

29 - Il est très difficile, aujourd'hui, de connaître le nombre de neuropsychologues formés aux techniques de remédiation cognitive et disponibles sur le marché de l'emploi. Il existe néanmoins une enquête en cours réalisée par l'Organisation française des psychologues spécialisés en neuropsychologie, visant à obtenir des données sur le nombre des neuropsychologues installés en libéral. Par ailleurs, nombre d'entre eux se tournent plus traditionnellement vers les services de neurologie ou de gériatrie. Leur présence dans le champ de la psychiatrie et la santé mentale est encore émergente.

30 - Par exemple, inscription dans la circulaire annuelle d'orientation de la formation continue dans les établissements de santé.

Chapitre 1

Comment mettre en place un dispositif de réhabilitation psychosociale ?

4. En résumé

- ▶ Conduire le projet de création du dispositif en mode projet avec une validation et un soutien institutionnels ;
- ▶ Prévoir un plan de formation pluriannuel général interne et proposer un accès aux professionnels des autres champs (Fiche PM9) ;
- ▶ Recruter les compétences spécialisées (Fiches PM1, PM3 et PM4) ;
- ▶ Organiser l'éducation thérapeutique pour les personnes et pour les aidants (Fiches PM5 et PM6) ;
- ▶ Organiser un accès rapide à l'évaluation, dès l'hospitalisation complète (Fiche PO1) ;
- ▶ Organiser le processus de restitution systématique et régulière de l'évolution de la personne à l'équipe ou au professionnel adresseur, qui pourra poursuivre le suivi médical (ex. : secteur, psychiatre libéral, médecin traitant, personnel de l'accompagnement social et médicosocial...);
- ▶ Renforcer le soin hors les murs (Fiches PO3, PO5 et PO6) ;
- ▶ Créer des Unités fonctionnelles (UF) dans le fichier structure (établissements sanitaires) ;
- ▶ Organiser le recueil de l'information en vue d'établir un rapport d'activité et de contribuer à l'implémentation des bases régionales (Fiche PO7) ;
- ▶ Organiser la coordination des différents intervenants : soin, logement, scolarité, insertion et maintien dans l'emploi, loisirs, aides à domicile, case manager... (Fiches PM7 et PO3) ;
- ▶ Organiser l'accès de compétences spécialisées à la proximité (mobilité des équipes, consultations à distance, SI) ;
- ▶ Prévoir un plan de communication pour que le dispositif soit lisible et repérable par les différents dispositifs d'appui à la coordination : Conseil local de santé mentale, Centre local d'information et de coordination (CLIC pour les personnes âgées), Plateforme territoriale d'appui (PTA), réseaux... et par les différents acteurs concernés du territoire.

5. Et après ?

Pour pouvoir donner une assise légitimée aux soins de réhabilitation psychosociale dans les pratiques professionnelles, des travaux complémentaires restent à ouvrir et à conduire par d'autres autorités :

- ▶ La labellisation de protocoles de soins, afin de mieux caractériser les étapes et le contenu du bilan évaluatif ;
- ▶ L'évaluation de leur impact au plan médico-économique ;
- ▶ Si ces travaux devaient s'ouvrir prochainement, une chose est sûre, c'est que le concours des acteurs pionniers leur est complètement acquis. Ils ont même tracé le chemin pour s'en saisir eux-mêmes, avec les usagers.



–
Annexes
–

Annexes

Pour aller plus loin, les documents suivants sont à télécharger sur le site de l'ANAP

- ▶ **La réhabilitation psychosociale « à dire d'expert »**
- ▶ **Résultats de l'enquête de représentation sociale**
- ▶ **Les cinq monographies**
- ▶ **Les fiches de pratiques managériales**
- ▶ **Les fiches de pratiques organisationnelles**

Les fiches de pratiques managériales

La réhabilitation psychosociale repose sur la pluridisciplinarité. Ces fiches retracent la manière dont sur le terrain, les différents métiers listés contribuent à cet exercice pluridisciplinaire.

- **PM 1** - Place et rôle du neuropsychologue en RPS
- **PM 2** - Place et rôle de l'infirmier en RPS
- **PM 3** - Place et rôle de l'orthophoniste en RPS
- **PM 4** - Place et rôle de l'ergothérapeute en RPS
- **PM 5** - Rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique
- **PM 6** - Le médecin généraliste coordonnateur de l'éducation thérapeutique
- **PM 7** - Place et rôle du case manager en RPS
- **PM 8** - Le rôle et positionnement du psychiatre en RPS
- **PM 9** - Plan de formation généralisé

19

Les fiches de pratiques organisationnelles

Ces fiches sont issues des monographies et s'appuient soit sur des pratiques communes aux cinq établissements soit sur des dispositifs innovants particuliers.

- **PO 1** - Présentation d'un dispositif de réhabilitation psychosociale
- **PO 2** - L'accompagnement et la formation de l'entourage
- **PO 3** - Le fonctionnement en réseau
- **PO 4** - Le pôle des usagers
- **PO 5** - Place de l'habitat communautaire individuel
- **PO 6** - ESAT en entreprises
- **PO 7** - Quelques indicateurs de suivi et d'évaluation



Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CIM	Classification internationale des maladies
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS)
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre régional hospitalier universitaire
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRA	Centre ressource autisme
CZRL	Centre référent de réhabilitation psychosociale (Limoges)
CIPP	Centre d'interventions précoces pour psychoses (Dijon)
CREHPSY	Centre ressource handicap psychique
CRISALID	Centre de réhabilitation psycho sociale et de remédiation cognitive (Clermont de l'Oise)
CRPS 45	Centre de réhabilitation psycho sociale du Loiret
CRT	Cognitive Retention Therapy (technique de soins)
CTMP	Centre thérapeutique Maurice Pariente
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
EHS	Entraînement aux habiletés sociales (technique de soins)
Eladeb	Échelles Lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins,
EPSM	Établissement public de santé mentale
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
ESM	Établissement de santé mentale
ESMS	Établissements et services médico-sociaux
ETP	Éducation thérapeutique
ETP	Équivalent temps plein
FNAPSY	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GEM	Groupement d'entraide mutuelle
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
IDE	Infirmier diplômé d'État
Insight	conscience du trouble
IPT	Integrated Psychological Treatment (technique de soin)
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ESMS)

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation nationale
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACTE	Projet expérimental d'éducation thérapeutique
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PRISM 45	centre de Psychothérapies et de réhabilitation interdisciplinaire en santé mentale du Loiret
RAAC	Réhabilitation améliorée après chirurgie
RECOS	technique de soins : Remédiation COgnitive pour la Schizophrénie et troubles associés
RPS	Réhabilitation psychosociale
SAMENTA	Enquête santé mentale et addictions
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (ESMS)
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale (ESMS)
SESSAD	Service d'éducation spéciale et d'aide à domicile (ESMS)
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs
UNAFAM	Union nationale des amis et des familles des malades mentaux
VAD	Visite à domicile

Remerciements

Merci aux membres du groupe de réflexion venus des quatre coins de la France qui grâce à leur assiduité et leur implication ont rendu possible cette publication.

Merci aux directions et présidences de CME des cinq établissements qui nous ont accueillis pour la réalisation des monographies et surtout aux professionnels et patients qui nous ont fait part avec beaucoup d'enthousiasme de leurs difficultés passées et de leurs espoirs pour le futur.

Merci au cabinet APSIS Santé qui n'a pas eu peur de mêler réhabilitation améliorée après chirurgie et réhabilitation psychosociale dans son accompagnement au projet.

 **AUTEUR(E)S DE LA PUBLICATION :**
Corinne Martinez
Fleur Moussoungou
François Richou
Michel Veret



Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires. © ANAP 2019 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr
Crédit photos: ANAP, Droits réservés (DR)
Impression sur papier PEFC
Mars 2019

La santé mentale est
aujourd'hui un enjeu majeur
de société. Elle est
indispensable à la santé, au
bien être et à la qualité de vie
des personnes.

Cette publication et les documents associés visent
à faciliter le déploiement de la réhabilitation psycho-
sociale dans les territoires.

