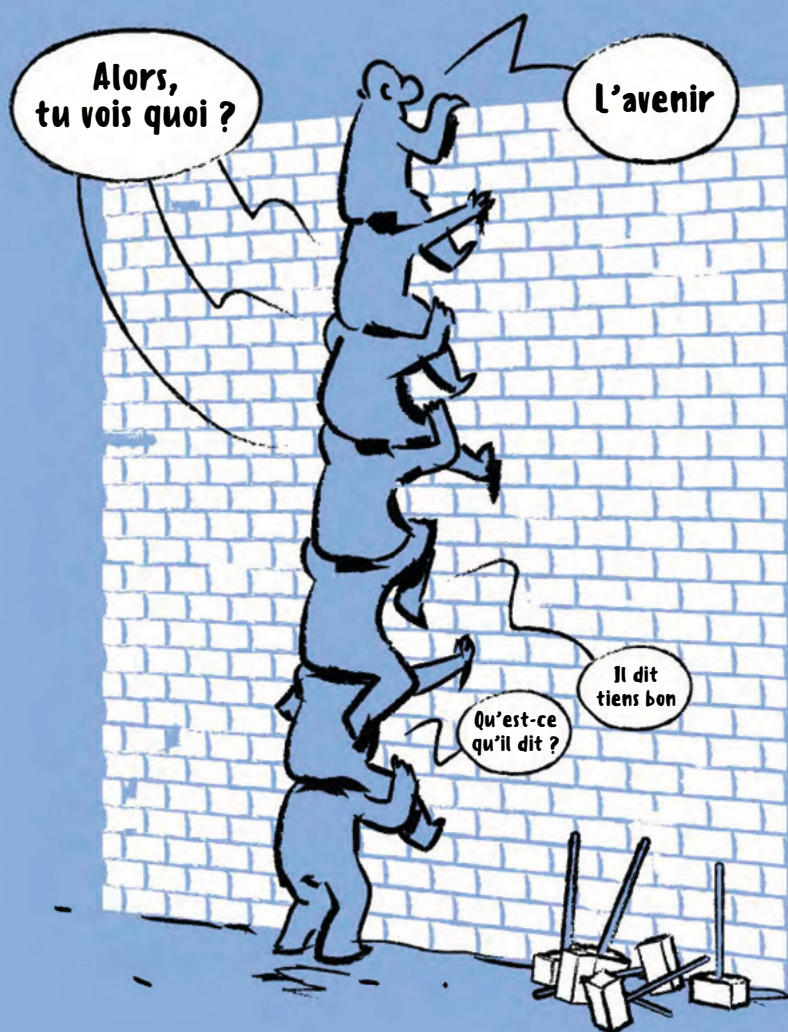


ANAP

appui santé & médico-social

Le nouvel ambulatoire en santé mentale

Pour une vie debout !



Sommaire



page 4

Cap sur un nouvel ambulatoire

page 5. Un changement de paradigme

page 8. Zoom sur cinq illustrations du nouvel ambulatoire

page 13. Le nouvel ambulatoire, mode d'emploi

page 22

Le suivi somatique : un enjeu fort du nouvel ambulatoire

page 23. Repenser la place de la santé physique en psychiatrie

Page 25. Zoom sur quelques dispositifs de soins somatiques innovants

Page 29. Quelle feuille de route pour changer la donne ?

Page 36. Quelles perspectives pour les soins somatiques en psychiatrie ?



page 38

Le numérique comme facilitateur du nouvel ambulatoire

page 39. Des outils prometteurs

page 40. Zoom sur quelques dispositifs numériques

page 45. Des outils pour les huit missions du nouvel ambulatoire

page 48. Projets d'e-santé, mode d'emploi



Avant-propos



Créés par la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) visent à améliorer le parcours de santé et de vie des personnes concernées par des troubles psychiques. Après avoir conçu une méthode d'élaboration des PTMS, l'ANAP a souhaité aborder la question de leur contenu. Quels principes devraient guider les actions à déployer dans les territoires pour satisfaire à l'ambition posée par la loi?

Pour apporter des réponses, nous sommes partis du retour d'expérience d'acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, qui ont mis en place ou développent des dispositifs originaux, destinés à faciliter le parcours des personnes.

Nous nous sommes également appuyés sur les analyses de trois groupes de réflexion composés d'experts et d'équipes pionnières représentant une vingtaine d'établissements, ainsi que de personnes concernées.

Fruit de l'ensemble de ces travaux, cette publication propose une synthèse des bonnes pratiques managériales et organisationnelles qui contribueront à concrétiser l'enjeu des PTSM.

En complément

Vous trouverez un glossaire, quinze monographies de dispositifs innovants et huit fiches pratiques à télécharger sur anap.fr

Cap sur un nouvel ambulatoire

La mise en œuvre des PTSM implique de nouveaux modes d'organisation des soins et de l'accompagnement des personnes concernées, auxquels les réponses ambulatoires actuelles sont peu adaptées. D'où l'émergence de dispositifs innovants, qui dépassent les frontières des structures existantes.



Un changement de paradigme

→ La psychiatrie et la santé mentale privilégient déjà largement la réponse ambulatoire. Près de 91 % des personnes suivies le sont à l'extérieur des institutions hospitalières, en cabinet libéral ou dans des structures spécifiques, tels les centres médico-psychologiques (CMP) ou les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah).

→ Dès lors pourquoi parler de nouvel ambulatoire? Cette notion a été introduite par les deux dernières lois de santé⁽¹⁾. Ces textes ont déplacé le prisme de l'organisation du système de santé vers les usagers. Pour schématiser, ce n'est plus à eux de s'adapter au système, mais aux acteurs et structures de santé de garantir des réponses adaptées à leurs besoins et aspirations. Et pour cela, d'intégrer deux notions nouvelles :

- le concept de parcours de santé et de vie des personnes, qui suppose d'articuler prévention, soins et accompagnement médico-social et social ;
- et l'ancrage territorial des réponses, qui doivent être proposées au plus près du lieu de vie des personnes.



En d'autres termes...

Il appartient aux acteurs du territoire de s'organiser pour améliorer, fluidifier et sécuriser le parcours des personnes.

Dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, c'est tout l'enjeu des PTSM: les projets territoriaux de santé mentale.

(1) Loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé et loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (dite « Ma santé 2022 »).

Nouvelle logique...

Responsabilité populationnelle

Ce principe consiste à mettre en place une politique publique globale, impliquant tous les échelons décisionnaires pour produire une réponse :

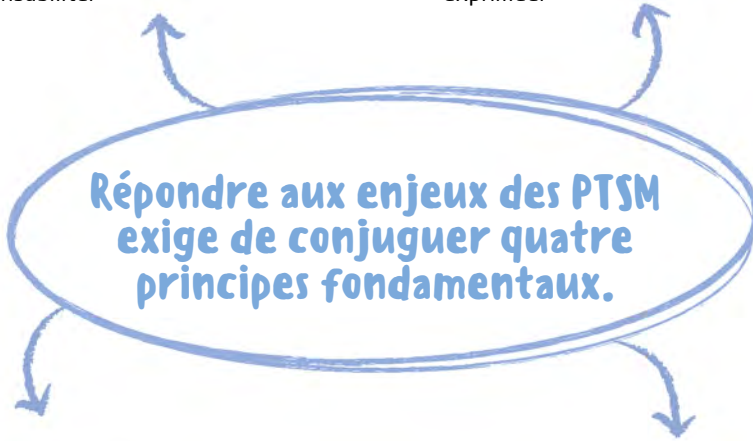
- intégrée, au bénéfice des usagers du système de santé et des citoyens en général,
- graduée en fonction de leurs besoins,
- et qui les incite à être acteurs de leur santé.

Il implique que les acteurs du territoire s'organisent entre eux pour apporter une réponse lisible et adaptée aux besoins de la population dont ils ont la responsabilité.

« Aller vers »

Il s'agit d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande, qui font, par exemple, que certains publics sont pris en charge tardivement, en situation de crise. Et donc d'adopter une démarche proactive pour entrer en contact avec eux.

Ainsi, ce concept va au-delà de la nécessité d'accueillir, diagnostiquer, soigner et accompagner la personne concernée par une maladie psychique au plus près de son lieu de vie. Il rompt avec l'idée que l'intervention ferait forcément suite à une demande exprimée.



Rétablissement

Cette approche rompt avec la conception classique du soin, en accordant la place centrale non plus à la maladie, mais aux capacités de l'usager de la psychiatrie à devenir acteur de sa vie et à mener une vie satisfaisante, malgré les limites imposées par la maladie. Elle suppose donc de proposer à la personne un accompagnement sur le long terme, axé d'emblée vers son autonomie.

Prise en compte globale de la personne concernée

Il s'agit d'adopter une approche biopsychosociale incluant :

- l'individu, sa santé mentale et physique, car les personnes souffrant de troubles psychiques accèdent difficilement aux soins somatiques (cf. p. 22);
- mais aussi son environnement, son mode de vie et ses proches aidants, qui constituent souvent une ressource essentielle à ses côtés.

...nouvel ambulatoire

Les structures actuelles de l'ambulatoire sanitaire et médico-social n'apportent qu'une réponse partielle à ces exigences.

D'une part, elles sont souvent saturées. Ainsi, il est difficile d'obtenir un rendez-vous dans un CMP dans un délai bref. De l'autre, il faut une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour être orienté vers un service médico-social, ce qui ne permet guère à ces structures d'aller à la rencontre des personnes en situation de non-demande.

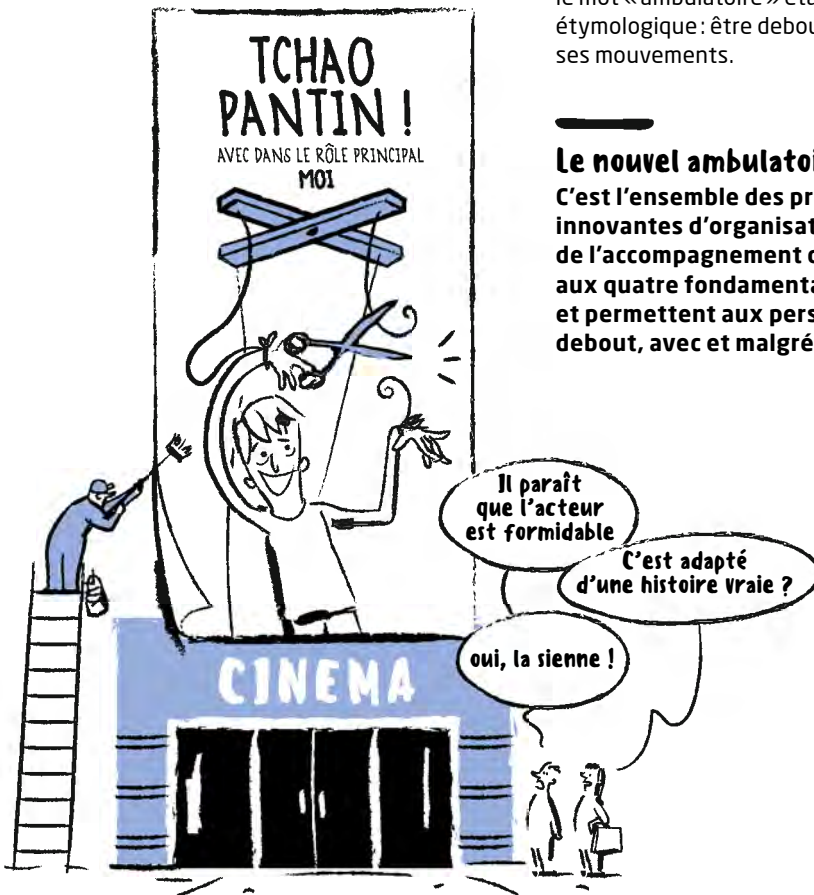
Enfin, leur cadre juridique se prête mal au changement de paradigme impulsé par la loi. Mais, surtout, leurs règles de fonctionnement

et de financement sont peu propices à la pluridisciplinarité interchamps, véritable clé de voûte de la logique de parcours et des fondamentaux qui la sous-tendent. Concrétiser ces nouvelles approches nécessite en effet de décloisonner psychiatrie et médecine de ville, prise en charge psychique et somatique, soins et accompagnement médico-social...

C'est pourquoi émergent des dispositifs qui s'affranchissent des structures – par exemple, en bâtissant des ponts entre médecins traitants et hôpital ou entre soins et accompagnement social. C'est ce que nous entendons par « nouvel ambulatoire », le mot « ambulatoire » étant pris au sens étymologique : être debout, libre de ses mouvements.

Le nouvel ambulatoire...

C'est l'ensemble des pratiques innovantes d'organisation des soins et de l'accompagnement qui répondent aux quatre fondamentaux des PTSM et permettent aux personnes de vivre debout, avec et malgré la maladie.



Zoom sur illustrations du nouvel ambulatoire



À Nancy, un centre pionnier dans la prévention des psychoses chroniques

Les premiers symptômes des psychoses, telle la schizophrénie, se manifestent chez des sujets jeunes et, souvent, sont précédés de signes prodromiques (avant-coureurs). Généralement, ces troubles ne sont pas détectés et il peut s'écouler jusqu'à cinq ans avant que la maladie ne soit prise en charge. En France, le Centre de liaison et d'intervention précoce (CLIP) de Nancy a été l'un des premiers dispositifs dédiés au dépistage et au traitement des prodromes et premiers symptômes de psychose chez les 16-25 ans. Sa mission : prévenir l'évolution vers une psychose chronique ou améliorer le pronostic si la maladie a déjà débuté.

Aller vers les jeunes

Rattaché au pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie pour adultes du Grand Nancy, il a vu le jour en 2017 et a été pensé pour faciliter l'accès des jeunes aux soins. Pour mieux aller vers eux, il est implanté en centre-ville, dans un site qui ne porte pas l'étiquette stigmatisante d'hôpital psychiatrique : la maison des adolescents. Par ailleurs, il propose un suivi ambulatoire personnalisé et intensif, qui vise leur rétablissement, et fait notamment appel aux techniques

"Prévenir l'installation d'une psychose chronique, c'est éviter des hospitalisations, des prises en charge en soins contraints, réduire le recours aux psychotropes et améliorer la qualité de vie des personnes concernées."

CLIP de Nancy



de remédiation cognitive et aux thérapies cognitivo-comportementales. Ce suivi est organisé par un psychiatre, mais assuré par un case manager - infirmier ou psychologue -, qui développe un lien privilégié avec la personne : il peut être joint à tout moment par le jeune ou ses aidants, aller à sa rencontre chez lui, dans un bar... Cette proximité est un facteur clé du succès de la prise en charge.



En Charente-Maritime, des équipes mobiles pour la prise en charge de la schizophrénie

Le pôle de psychiatrie pour adultes du centre hospitalier de Jonzac a créé deux Équipes mobiles de soutien de proximité, de prévention et d'accompagnement interprofessionnel vers le rétablissement (Espair). L'une a pour mission de détecter les phases prodromiques de la schizophrénie chez les 16-25 ans, afin d'intervenir au plus tôt et de retarder l'entrée dans la maladie. L'autre assure la coordination du parcours et l'accompagnement au long cours des personnes concernées par cette pathologie. Toutes deux interviennent au domicile des personnes ou dans le lieu de leur choix, afin de faciliter l'accès aux soins et de limiter les ruptures dans le parcours de santé et de vie des personnes.

Une approche globale de la personne

Pour la détection et l'intervention précoce, mais aussi pour la coordination de parcours, le pôle a fait le choix, original, de s'appuyer principalement sur des neuropsychologues et des

ergothérapeutes. Le neuropsychologue évalue les compétences cognitives de la personne et propose des techniques de remédiation cognitive; l'ergothérapeute évalue ses restrictions de participation⁽¹⁾ (difficultés à effectuer certaines tâches, certains gestes...) en l'observant dans son environnement et lui propose des solutions pour compenser ses incapacités et développer son autonomie. Cette association de compétences favorise une approche globale de la personne, dans une perspective de réhabilitation psychosociale et de rétablissement.

(1) La notion de restrictions de participation a été introduite par la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

***"L'équipe est
pluriprofessionnelle et
le rôle de chacun est défini.
Cela redonne du sens au
soin. C'est également
une richesse, une source
de questionnements et
d'intérêt dans la pratique
quotidienne."***

CH de Jonzac





À Saint-Nazaire, un toit à la sortie de l'hôpital

Disposer d'un logement est une condition clé du rétablissement et de l'insertion sociale des personnes concernées. C'est l'enjeu qui a présidé à la création de Silapsy. Conçu pour répondre à l'impossibilité de faire sortir certains patients de l'hôpital faute d'hébergement, ce dispositif est porté par trois partenaires : le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Saint-Nazaire, un bailleur social, Silène, et une association qui accueille, héberge et accompagne des personnes en difficulté, Solidarité Estuaire.

"C'est une aide fiable, sérieuse, qui m'a beaucoup apporté. Elle a été précieuse pour les démarches administratives, car ma situation était complexe. Le soutien psychologique était également important. Savoir que je pouvais toujours avoir un interlocuteur était déjà rassurant."

Un bénéficiaire de Silapsy



Un accompagnement sanitaire et social

Chaque année, Silène réserve dix logements sociaux pour des personnes suivies par le pôle de psychiatrie. Quand un bénéficiaire intègre Silapsy, un binôme référent, composé d'un travailleur social de Solidarité Estuaire et d'un infirmier psychiatrique de l'hôpital, est chargé de son suivi. Avec son aide, la personne réalise une auto-évaluation de ses besoins, destinée à définir un projet personnalisé de soins et d'accompagnement orienté vers son rétablissement.

Silène lui cherche le logement le plus adapté à ses besoins. Solidarité Estuaire en est locataire en titre, la personne en est sous-locataire jusqu'au moment où elle peut reprendre le bail elle-même. Le binôme assure son suivi à domicile. Le travailleur social l'accompagne dans les aspects administratifs, la vie quotidienne, le bon usage du logement... L'infirmier assure ses soins médicamenteux et coordonne tous les aspects de sa prise en charge ambulatoire.

Bilan concluant

Depuis l'ouverture du dispositif, en 2016, les réhospitalisations sont rares et, si elles sont nécessaires, durent moins longtemps. Le bailleur social n'enregistre pas d'impayés de loyers. Et, surtout, les personnes accompagnées ont un sentiment de mieux-être et de sécurité.



Dans les Yvelines, aller vers des personnes en situation de non-demande

L'équipe mobile Passerelle a vu le jour à l'initiative de la communauté psychiatrique de territoire Sud-Yvelines, d'un bailleur social, les Résidences Yvelines Essonne, et d'une association, l'Œuvre Falret. Son rôle ? Aller au devant des locataires de logements sociaux qui lui ont été signalés par leur bailleur en raison de difficultés potentiellement liées à un problème psychiatrique : troubles du voisinage, insalubrité, encombrement du logement, dette locative, procédure d'expulsion...

Objectif : rétablissement et maintien dans le logement

Composée de soignants détachés par le centre hospitalier de Versailles (un psychologue, une infirmière spécialisée, un psychiatre) et de travailleurs sociaux de l'Œuvre Falret, elle propose aux personnes concernées un accompagnement sanitaire et social axé sur leur rétablissement, leur empowerment et leur maintien dans le logement.

La plupart des interventions sont réalisées en binôme, par le psychologue ou l'infirmière et un travailleur social. Elles visent à faciliter l'accès de la personne aux soins (évaluation de sa santé générale, accompagnement vers les structures sanitaires, coordination des intervenants des champs psychiatrique et somatique...) et à développer son autonomie (socialisation, accompagnement budgétaire, administratif...).



En 2019

62

locataires accompagnés dans leur problématique de santé mentale ou orientés vers des soins psychiatriques par l'équipe Passerelle



75

personnes accompagnées dans l'accès aux droits sociaux

25

expulsions du logement évitées





Dans le Val-de-Marne, des traitements sécurisés grâce à un lien hôpital/ville renforcé

La pharmacie clinique est une discipline de santé destinée à améliorer la prise en charge médicamenteuse des personnes tout au long de leur parcours de soins. En 2020, un des pôles de psychiatrie pour adultes des hôpitaux de Saint-Maurice a complété sa palette de prestations en déployant une nouvelle activité : la conciliation médicamenteuse. L'enjeu ? Sécuriser la prise en charge thérapeutique des patients et assurer sa continuité aux étapes de transition (entrée et sortie de l'hôpital, transferts entre unités de soins), en organisant la transmission d'informations entre les différents maillons de la chaîne.

Un bilan médicamenteux exhaustif

Lorsque la personne est hospitalisée, un pharmacien évalue son observance des traitements et dresse le bilan des médicaments qu'elle prenait déjà avant son hospitalisation, y compris en automédication, et des nouveaux médicaments éventuellement prescrits à son arrivée à l'hôpital. Pour cela, il s'appuie sur plusieurs sources : le patient lui-même, ses proches, son médecin traitant, son pharmacien de ville habituel... Ce travail vise à repérer de possibles problèmes (erreurs de posologie, omissions, incompatibilités entre médicaments...). Lorsque le patient sort de l'hôpital, un second entretien est organisé pour lui expliquer les modifications dans ses traitements, le sensibiliser à leur observance, lui transmettre des fiches d'information sur les médicaments...

Enfin, les données concernant sa prise en charge médicamenteuse sont partagées avec les acteurs intervenant en aval : médecin traitant, officine de pharmacie, autre destinataire désigné par le patient ou toute structure l'accueillant à sa sortie.



Pour en savoir +

Retrouvez sur www.anap.fr

- la fiche 1 - « Pharmacie clinique - conciliation médicamenteuse »,
- et les monographies consacrées à ces cinq dispositifs.

Découvrez d'autres exemples de dispositifs p. 25 et p. 40 de ce livret.

Le nouvel ambulatoire, mode d'emploi

Comment dépasser le cadre des structures existantes?

Adopter la logique du nouvel ambulatoire suppose de raisonner non plus en termes de structures, mais de missions à remplir sur le territoire pour répondre aux besoins et attentes des personnes concernées et de leur entourage.

Les 8 missions du nouvel ambulatoire

n°1

Organiser une réponse de proximité, graduée de manière à couvrir l'ensemble des besoins de la personne concernée, y compris l'accès aux compétences spécialisées (imagerie médicale, etc.).

n°2

Travailler en réseau pour proposer à chacun un parcours adapté :

- organiser des réunions de concertation pluridisciplinaires* entre professionnels entourant la personne (cf. p.15), dans une logique transdisciplinaire* ;
- assurer la flexibilité et la modularité de leurs interventions ;
- garantir la continuité dans le passage de l'enfance à l'âge adulte en adoptant une approche systémique ;
- collaborer avec le médecin traitant de la personne.



**Pluridisciplinarité ?
Transdisciplinarité ?**

Définitions dans le glossaire sur www.anap.fr

n°3

Organiser la prévention, la détection et l'intervention précoce :

- adopter un mode d'intervention proactif permettant de détecter au plus tôt les premières difficultés psychiques des personnes et d'aller vers elles,
- déployer cette approche pour tous les âges de la vie : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées.

n°4

Proposer une palette de soins et de modalités d'accompagnement complète, selon la sévérité des troubles de la personne, y compris pour prévenir et gérer la crise :

- soins intensifs sur le lieu de vie (domicile ou institution),
- soins ambulatoires de crise,
- soins somatiques,
- dépistage et traitement des addictions.

n°5

Élaborer un projet personnalisé orienté vers le rétablissement.

Co-construit par les différents acteurs intervenant dans le parcours, ce projet prévoit les étapes de soins, les évaluations, réévaluations et l'accompagnement, en lien avec le traitement des symptômes.

Il assure une prise en charge globale (biopsychosociale) de la personne et, avec son accord, associe ses aidants à son parcours de rétablissement.

n°6

Mettre en place un accompagnement dynamique,

qui évolue au gré des besoins des personnes tout au long de leur parcours de vie. Et, pour cela, former les différents intervenants (infirmiers, infirmiers en pratique avancée, éducateurs, médecins, psychologues, job coaches, case managers, pairs-aidants...) aux pratiques du rétablissement (cf. p. 18-19).

n°7

Proposer une démarche intégrative, fondée sur l'empowerment,

l'auto-détermination et l'accès à la citoyenneté. Et donc axer les soins et l'accompagnement sur le rétablissement et l'insertion de la personne.

n°8

Impliquer les aidants, mais aussi des patients experts, des pairs-aidants, des associations, etc., dans le suivi et l'accompagnement des personnes concernées.

- Former les aidants pour les soutenir dans leur rôle de proches de la personne et mieux les impliquer dans son parcours de rétablissement.
- Professionnaliser l'action des pairs-aidants en leur ouvrant l'accès aux formations diplômantes (médiateurs de santé-pairs, pair-aidance en santé mentale...).



à noter

Outil de prise de décision partagée, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est

un instrument clé pour élaborer le projet personnalisé de rétablissement de la personne et recueillir son consentement libre et éclairé. Cette pratique a été introduite dans l'organisation du système de santé par le plan cancer 2003-2005. Depuis, la HAS a produit des recommandations, valables pour toutes les disciplines de santé,

rappelant qu'il s'agit d'« *une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.* »

Selon sa définition, les RCP « *regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines, dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient.* »

Trois éléments figurent au cœur de la logique du nouvel ambulatoire.

- **La participation sociale et la citoyenneté**, qui constituent une attente forte des personnes concernées. Les publics cumulant de grandes vulnérabilités (sociales, économiques, médicales, administratives et juridiques) accèdent en effet difficilement à l'emploi, au logement, aux prestations sociales... Les dispositifs du nouvel ambulatoire doivent donc les accompagner dans la connaissance et l'exercice de leurs



droits. Et, bien sûr, garantir le respect des droits du patient : consentement libre et éclairé, protection des données personnelles...

- **La reconnaissance du rôle des aidants* non professionnels** et de la nécessité de les accompagner. Divers travaux ont été publiés à l'intention des professionnels pour qu'ils intègrent l'aide aux aidants dans leurs pratiques. Parmi ceux-ci, une recommandation destinée aux secteurs médico-social et social, disponible sur le site de la HAS : « Le soutien des aidants non professionnels ».
- **La reconnaissance de la plus-value des pairs-aidants ou médiateurs de santé-pairs***, qui, en partageant leur propre expérience de la maladie et du rétablissement avec la personne concernée, l'aident dans son parcours de santé et de vie.



Reconnaissance du statut des aidants ? Pairs-aidants ? Médiateurs de santé-pairs ?

Génèse et textes de référence dans le glossaire sur www.anap.fr

Des missions à décliner en prestations

Pour remplir les huit missions du nouvel ambulatoire, chaque territoire doit se doter des dispositifs nécessaires pour assurer les prestations suivantes :

- **L'accès à un panel de soins** correspondant à ce qui est scientifiquement validé dans les textes officiels : soins primaires, soins somatiques, soins spécialisés de dépistage et de traitement (neurologie, addictologie, endocrinologie...).
- **L'accès à des soins intensifs à domicile.**
- **La prévention des situations de crise**, afin d'éviter au maximum les soins sans consentement. Ce qui suppose de développer la pratique des directives anticipées de soins, en aidant la personne à formuler la façon dont elle souhaite être aidée lorsqu'elle sent venir la crise.
- **Le suivi des perdus de vue**, qui implique d'aller vers eux, là encore pour éviter les hospitalisations et soins sans consentement.
- **Le repérage, la réception et le traitement des alertes**, qui nécessite de s'appuyer sur un réseau d'acteurs susceptibles de détecter un risque de troubles psychiques ou de crise chez une personne : ses proches, la médecine scolaire et universitaire pour les jeunes, les structures d'aide à domicile pour les personnes âgées...
- **L'accompagnement** pour l'accès et le maintien dans le logement et l'emploi.

en pratique

L'établissement ou structure porteur du dispositif assure lui-même les prestations pour lesquelles il est compétent :

- en développant son offre ambulatoire,
- en constituant des équipes mobiles,
- en apportant un appui aux professionnels de premier recours (médecins traitants, officines de pharmacie, etc.) pour la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques.

C'est par exemple le cas avec les équipes mobiles du centre hospitalier de Jonzac (cf. p. 9) ou le dispositif de pharmacie clinique des hôpitaux de Saint-Maurice (cf. p. 12).

L'établissement ou structure travaille avec des partenaires pour les prestations nécessitant des moyens et compétences qu'il ne possède pas :

- il crée des dispositifs pluridisciplinaires avec d'autres acteurs (voir l'exemple de Silpasy ou de l'équipe Passerelle, p. 10-11);
- il noue des conventions de partenariat avec des structures et praticiens de ville (centre d'imagerie médicale, médecins spécialistes...) pour la prise en charge de ses patients;
- il organise l'accès des personnes concernées aux plateaux techniques du groupement hospitalier de territoire;
- il met en place des outils de téléexpertise ou téléconsultation (cf. p. 38).

Comment bâtir des dispositifs adaptés, efficaces et pérennes ?

S'assurer du soutien de l'institution abritant le dispositif

C'est une condition *sine qua non* pour :

- que le mode de fonctionnement et les compétences de l'équipe soient reconnus ;
- que le dispositif bénéficie des ressources humaines et matérielles nécessaires à « l'aller vers » et à la mobilité (véhicule, possibilité de se connecter à distance au système d'information de l'hôpital...);
- que le plan de formation réponde aux besoins des professionnels désireux de s'engager dans cette nouvelle approche du soin et de l'accompagnement, et anticipe leurs possibilités de remplacement en cas de départ.

Il s'agit donc d'un investissement pour l'avenir.

S'organiser en mode projet

La création d'un dispositif du nouvel ambulatoire doit être portée par un chef de projet, qui fixe les délais, suit l'avancement du chantier, se dote d'outils pour le piloter et anime l'équipe. Par ailleurs, il est important d'intégrer des représentants des personnes concernées et de leurs aidants dans les instances de projet. C'est le meilleur moyen d'entendre leurs besoins et difficultés.



Avoir une connaissance précise de son territoire

Dresser l'état des lieux des besoins des personnes concernées et des ressources disponibles sur le territoire est un préalable indispensable pour bâtir un réseau professionnel pluridisciplinaire de soins et/ou d'accompagnement qui apporte des réponses pertinentes. Pour établir cette cartographie, il existe des outils, tel le diagnostic territorial des PTSM ou bien le diagnostic élaboré par les ARS dans le cadre des projets régionaux de santé.



Coordonner les acteurs du dispositif

C'est une condition clé pour assurer une prise en charge globale des personnes concernées, améliorer leur accès aux soins, aux droits, et l'intégration de leurs aidants dans leur projet personnalisé de rétablissement.

Elle suppose de se doter d'une instance ou fonction de coordination, mais aussi d'instruments facilitant les échanges entre professionnels et le partage d'informations sur les personnes suivies : réunions de concertation pluridisciplinaires (cf. p. 15), dossier médical partagé et autres outils numériques (cf. p. 38).

Elle implique aussi de prévoir le temps nécessaire à la coordination, qui peut être très important en début de projet, et restera conséquent par la suite pour garantir l'efficacité du travail pluridisciplinaire.

Coordonner le suivi de la personne

Les postes de case manager, d'infirmier de pratique avancée (cf. p. 35) ou de coordinateur de parcours complexes, par exemple, sont essentiels pour fluidifier et sécuriser son parcours de santé et de vie.

Accompagner le changement

Permettre aux personnes présentant des troubles psychiques de vivre debout, en allant vers elles, dans une logique de rétablissement et de développement de leurs compétences, implique de vrais changements de pratiques. Il est indispensable d'y former l'ensemble des professionnels de psychiatrie, mais aussi les partenaires avec lesquels ils travaillent : acteurs des services médico-sociaux, travailleurs sociaux... Là encore, il s'agit d'un facteur déterminant pour le succès et la pérennité des dispositifs du nouvel ambulatoire.

Faire connaître le dispositif

Dès l'amont du projet, il est important de prévoir des actions de promotion et d'information, à la fois auprès de la population du territoire et des acteurs susceptibles d'aiguiller des personnes concernées vers le dispositif : soignants, services médico-sociaux, sociaux, enseignants...

Pour en savoir +

Retrouvez sur www.anap.fr

- la monographie du centre hospitalier de Jonzac,
- la fiche 3, « Rôle de l'infirmière de pratique avancée dans le suivi somatique des personnes concernées ».



en pratique

Le centre hospitalier de Jonzac a mis en place un dispositif alliant formation interne continue et transfert de compétences vers ses partenaires.

En psychiatrie, il permet notamment de former les professionnels de la santé mentale, mais aussi les acteurs du secteur médico-social qui accompagnent les personnes concernées dans leur projet de vie, à la démarche de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive intégrative. Ce dispositif joue également un rôle de ressource et de coordination auprès des structures médico-sociales, en leur apportant l'appui de spécialistes de la santé mentale pour dénouer les problèmes rencontrés.

Enfin, il permet de former et d'informer la famille et l'entourage des personnes concernées (par exemple, les aides à domicile), pour mieux les inclure dans le parcours de rétablissement, prendre en compte leurs remarques, etc.

Démontrer l'utilité du dispositif

Trois enjeux

Les dispositifs du nouvel ambulatoire se développent lentement en France. Non seulement ils manquent de référentiels précis, mais les équipes de soins peuvent éprouver certaines réticences face aux changements de pratiques qu'ils requièrent.

Par ailleurs, les missions du nouvel ambulatoire ne disposent pas de cadre réglementaire. Elles supposent un travail en réseau entre établissements de santé, médecine de ville, secteurs médico-social et social. Or il n'existe pour l'instant aucun moyen juridique simple de mutualiser des financements relevant de champs de compétences différents.

Les dispositifs du nouvel ambulatoire reposent donc souvent sur des financements non pérennes, obtenus dans le cadre d'appels à projets émis par divers organismes (fondations, mutuelles, collectivités territoriales...). L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a prévu l'expérimentation de modes de financement inédits pour des dispositifs facilitant le parcours de santé des usagers. Deux dispositifs dédiés à la psychiatrie et à la santé mentale sont en cours d'expérimentation (Passeport bipolaire et dispositif de soins partagés en psychiatrie).

Mesurer

Pour lever ces freins, susciter l'adhésion des professionnels à la logique du nouvel ambulatoire et obtenir qu'elle s'inscrive un jour dans le droit commun, il faut pouvoir démontrer le bien-fondé de ces dispositifs : en quoi améliorent-ils les conditions de vie des personnes concernées ? En quoi donnent-ils du sens aux pratiques des professionnels ? En quoi ont-ils un impact positif sur l'activité des institutions qui les portent ?

Communiquer

D'où l'importance d'évaluer régulièrement leurs résultats par rapport aux objectifs initiaux et de partager cette information, ne serait-ce que dans un rapport d'activité. Et de le faire savoir.

Anticiper

Les indicateurs d'évaluation doivent être définis dès l'amont du projet de dispositif. Et ce, dans le cadre d'une réflexion collective, associant l'ensemble des fonctions et métiers concernés, afin de garantir leur pertinence.

Pour en savoir +

Téléchargez la fiche 2,
« Indicateurs de suivi et
d'évaluation », sur www.anap.fr

en pratique

Quelques exemples de critères d'évaluation

Pour les personnes concernées

- L'amélioration du parcours de santé : la personne en est-elle actrice ? Les ruptures de parcours diminuent-elles ?
- L'amélioration de l'accès aux droits - en particulier la baisse du taux de soins sans consentement.
- L'amélioration du parcours de vie, qui passe notamment par l'accès à la formation, à l'emploi, aux loisirs...
- L'amélioration de la qualité de vie : il existe aujourd'hui des échelles d'évaluation subjective pour la mesurer.
- La valorisation de la place de l'aidant : par exemple, a-t-il été formé à l'accompagnement de son proche ? Est-il soutenu ?

Pour les professionnels

- L'amélioration de la qualité de vie au travail : taux d'absentéisme par motif, taux de rotation du personnel, enquêtes spécifiques d'évaluation du sentiment d'efficacité au travail.
- L'évolution des métiers et des pratiques : nombre de professionnels formés aux outils numériques contribuant au nouvel ambulatoire, à la logique du rétablissement, existence d'une communauté de pratiques sur le territoire...
- L'amélioration de la pluridisciplinarité et de l'ouverture sur l'extérieur. La concertation territoriale



pluridisciplinaire est un élément central du nouvel ambulatoire, qu'il convient aussi de mesurer : nombre de réunions de synthèse avec des partenaires externes, etc.

Pour l'institution

- La diminution des ruptures de parcours : la baisse de la durée moyenne d'hospitalisation et la densité des soins à domicile (leur part en général et celle des soins intensifs en particulier) en sont des illustrations intéressantes.
- L'amélioration de l'accès des patients aux soins somatiques.
- L'effectivité de la concertation entre les différents métiers et fonctions impliqués dans le dispositif : chacun peut-il exprimer son avis ? Comme pour les professionnels, il s'agit d'un critère central pour évaluer jusqu'à quel point une institution a intégré la logique du nouvel ambulatoire.
- L'intégration de médiateurs de santé-pairs et/ou pairs-aidants, de patients experts dans l'institution.

Le suivi somatique un enjeu fort du nouvel ambulatoire

Assurer la prise en charge globale des personnes concernées signifie qu'elles doivent, comme tout citoyen, pouvoir bénéficier de soins somatiques. Le nouvel ambulatoire permet de leur en faciliter l'accès.



Repenser la place de la santé physique en psychiatrie

→ Le constat est alarmant. Selon l'OMS, l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est de quinze à vingt ans inférieure à celle de la population générale. Principale raison ? Non pas la pathologie mentale (le suicide), mais des maladies cardio-vasculaires, métaboliques, néoplasiques...

→ Ces personnes sont en effet surexposées à certaines maladies somatiques en raison des addictions souvent associées aux troubles psychiques et des effets secondaires que peuvent avoir les traitements psychiatriques (obésité, diabète...). Mais, surtout, elles accèdent beaucoup plus difficilement à la prévention, au dépistage et aux soins que le reste de la population, faute de réponses adaptées à la spécificité de leurs besoins. Ainsi, leurs difficultés de communication et l'effet des psychotropes peuvent se traduire par une sémiologie particulière de leurs maladies somatiques (leurs signes, symptômes, syndromes), qui ne facilite pas le diagnostic. De même, leur comportement, leur relation complexe avec leur propre corps, l'altération de leurs capacités à prendre soin de leur santé et à adhérer

à un traitement compliquent la prise en charge de leurs pathologies somatiques. De plus, nombre de personnes concernées sont en situation de grande précarité.

→ Malgré ces spécificités, il n'existe pas, en France, de référentiel sur l'organisation et la gradation des soins somatiques des patients présentant des troubles psychiques. Les professionnels de premier recours, notamment les médecins généralistes de ville, sont peu armés pour les prendre en charge. En outre, ces patients requièrent des consultations beaucoup plus longues, qui ne sont pas valorisées financièrement.

Conséquence ?

Le plus souvent, les personnes concernées n'ont pas de médecin traitant et ne bénéficient de soins somatiques que lorsqu'elles sont hospitalisées dans un établissement ou service de psychiatrie. Mais à leur sortie de l'hôpital, beaucoup ne sont pas suivies.

Autre difficulté : les patients pris en charge dans un établissement dédié à la psychiatrie n'ont pas forcément accès au plateau technique nécessaire aux soins somatiques dont ils auraient besoin. En effet, la loi du 31 décembre 1970, qui a classé les hôpitaux psychiatriques comme établissements spécialisés, a laissé l'organisation des soins somatiques à leur appréciation. Ainsi, l'offre de soins proposée et les compétences médicales mobilisées sont actuellement très variables selon les établissements. Ceux qui disposent *in situ* d'un plateau technique permettant une prise en charge somatique optimale se comptent sur les doigts d'une main. Et, dans l'ensemble, les médecins généralistes (dits « somaticiens », selon leur propre demande) restent une ressource rare dans les structures de santé mentale.

Pour améliorer la prise en charge et l'espérance de vie des personnes concernées, il est donc urgent de repenser la place des soins somatiques en psychiatrie, ce qui passe par le nouvel ambulatoire.

L'enjeu ?

- **Bâtir des réponses de proximité adaptées aux besoins des patients, afin d'en finir avec le schéma actuel de « l'hospitalisation, sinon rien ».**
- **Mais aussi tisser des partenariats avec les acteurs de santé du territoire pour élargir le plateau technique accessible aux patients des établissements spécialisés.**



à noter

L'enquête Psy-Soma réalisée en 2018 auprès de 257 établissements spécialisés ou multiactivités gérant des secteurs de psychiatrie

a pointé les faiblesses de la prise en charge somatique des personnes concernées :

- 95 % des structures qui y ont répondu dévient du personnel médical aux soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiques et 40 %, du personnel non médical.
- Mais, rapportés à leur nombre de lits, ces effectifs sont très en deçà des besoins.
- Et seules 7 % d'entre elles ont organisé une consultation externe de médecine générale.

Zoom sur quelques dispositifs de soins somatiques innovants



Dans le Rhône, une interface avec la médecine de proximité

Implanté à Bron, dans la banlieue de Lyon, le centre hospitalier Le Vinatier a créé un dispositif original, nommé Coreso (Consultation et réseau somatique). Il s'adresse aux adultes dont la pathologie psychiatrique est prise en charge en ambulatoire, dans un centre médico-psychologique, mais qui n'ont pas de suivi somatique. L'enjeu: les réintégrer dans le système de santé de droit commun, afin qu'ils bénéficient d'une prise en charge somatique durable. Concrètement, les personnes sont adressées à Coreso pour trois consultations coordonnées par un médecin généraliste et une infirmière spécialisée en psychiatrie. Objectif: effectuer leur bilan somatique et les aider à comprendre l'intérêt d'une prise en compte globale de leur santé grâce à une démarche préventive et éducative (vaccins, tabagisme...).

Passage de relais sécurisé

Ensuite, le patient a un premier rendez-vous avec un médecin généraliste de ville, auquel est adressée une synthèse de sa situation somatique, psychiatrique, thérapeutique et sociale. Puis Coreso suit son parcours à un, six et douze mois, en échangeant avec les professionnels de ville intervenant dans sa prise en charge. Expérimenté depuis 2014 dans deux CMP, ce dispositif a fait ses preuves. Aujourd'hui, l'établissement souhaite déployer des consultations extra-hospitalières bâties sur ce modèle dans tous ses secteurs de psychiatrie.

à noter

Le centre hospitalier Le Vinatier est un des rares établissements spécialisés à disposer d'un plateau technique complet pour les soins somatiques.

Avec un médecin généraliste pour soixante-dix personnes hospitalisées, tous ses patients ont accès aux soins de premier recours au sein même des unités de psychiatrie.

Par ailleurs, il a développé une offre de médecine de recours et d'expertise très étoffée pour les personnes dont la maladie psychiatrique rendrait difficile, voire impossible, une prise en charge dans un hôpital général. Son unité de médecine interne peut par exemple délivrer la plupart des soins proposés dans une structure de type MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et traiter des maladies aiguës et chroniques (infections, diabète, cancers...).



À Tours, travail en réseau pour lutter contre le syndrome métabolique

Les patients sous antipsychotiques sont très exposés aux troubles métaboliques, telle l'obésité, qui les prédisposent à la fois au diabète de type 2 et aux maladies cardiovasculaires. Pour prévenir plus efficacement ces complications, l'Espace de la Chevalerie, hôpital de jour du pôle de psychiatrie et addictologie du CHU de Tours, a noué une collaboration avec un médecin endocrinologue libéral. Cette spécialiste lui a ouvert l'accès au plateau technique de l'hôpital de jour dédié à la prise en charge des personnes diabétiques d'une clinique où elle exerce et à une association qu'elle coordonne : l'Espace du diabète et de l'obésité (EDO).

Prévention des complications

Les patients du CHU passent une journée à la clinique pour une évaluation médicale somatique, accompagnée d'une séance de psycho-éducation, de recommandations et de coaching diététique. Ensuite, si nécessaire, la clinique leur propose un coaching plus soutenu : sensibilisation aux bonnes pratiques alimentaires et à la nécessité d'une activité physique, évaluation dans leur environnement à domicile...

Enfin, si la personne le souhaite, l'EDO l'aide à mettre en place des mesures thérapeutiques non médicamenteuses : activités physiques, optimisation de l'alimentation...

Prévention primaire

Désormais, le CHU et l'endocrinologue souhaitent aller plus loin en mettant en place un programme de prévention de l'apparition du syndrome métabolique



dès la prescription d'un premier traitement antipsychotique chez les jeunes (16-30 ans). Il existe très peu de solutions de prévention primaire dans la littérature internationale. Il s'agit donc d'un projet expérimental, qui permettra de comparer l'évolution des paramètres métaboliques sur trois cohortes suivant chacune un parcours de prévention spécifique :

- deux séances de sensibilisation à la nutrition et à l'hygiène de vie, soit ce qui est habituellement proposé lors de la mise en place d'un traitement antipsychotique ;
- cet accompagnement habituel, et, durant six mois, des ateliers diététiques, cours de cuisine et activités sportives animés par l'association EDO ;
- l'accompagnement habituel, plus l'accès à un panel d'activités physiques inclusives, qui devrait être proposé en partenariat avec le service des sports de la mairie.

Ce projet a débuté en 2020.



À Rennes, un dispositif d'accès aux soins primaires

En 2017, le service de médecine somatique du centre hospitalier Guillaume-Régnier, établissement spécialisé en psychiatrie, a créé une Consultation d'accompagnement à la santé (Calas), afin de faciliter l'accès des personnes

**Voir ou ne pas voir
un dentiste :
telle est la question...
qui ne devrait
pas se poser.**

**Y a-t-il pour l'âme
plus de noblesse
à endurer les coups
et les revers
d'une injurieuse fortune,
ou à s'armer contre elle
pour mettre frein
à une marée de douleurs ?**



en situation de handicap psychique aux soins primaires. Réalisée par des infirmiers, elle vise avant tout à développer la prévention (hygiène bucco-dentaire, activité physique, réduction de la consommation d'alcool, vaccination...) et le dépistage des maladies somatiques (cancer, etc.). Un plan de prévention et de suivi personnalisé est proposé à chaque patient. Sa durée varie selon les besoins de la personne, et des comptes rendus de consultation sont régulièrement adressés aux médecins hospitaliers qui la suivent, ainsi qu'à son médecin traitant.

Coopérer avec les acteurs de droit commun

Pour l'instant, ce dispositif ne s'adresse qu'aux patients en hospitalisation complète ou partielle. À l'avenir, l'objectif est de le déployer en ambulatoire pour les personnes suivies en centres de jour (CMP...).

Il est aussi de renforcer ses liens avec la médecine de proximité, les maisons pluriprofessionnelles de santé et les futures communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), afin que les personnes soient prises en charge par des acteurs de droit commun à l'issue de leur suivi dans le cadre de Calas. Pour cela, le dispositif s'appuiera sur des infirmiers de pratique avancée, dont la mission est notamment de coordonner le parcours des patients (lire p. 35).



Dans l'Essonne, un centre dédié à la douleur et aux soins somatiques

Créé en 2012, le Centre régional douleur et soins somatiques de l'établissement public de santé mentale Barthélémy-Durand est quasi unique en France. Sa raison d'être : décrypter les symptômes de la douleur chez les personnes qui présentent des manifestations atypiques ou sont dyscommunicantes. Un enjeu d'autant plus important que la douleur est souvent associée à des comorbidités organiques importantes, qu'il s'agit de détecter, et qu'elle peut provoquer des décompensations psychiatriques. Les patients sont accueillis en ambulatoire et tout a été pensé pour dédramatiser leur prise en charge. Le site se trouve dans un cadre verdoyant, comporte un vaste espace d'accueil, à l'atmosphère rassurante, et, pour éviter l'installation du stress, il n'y a pas d'attente.

Un modèle à dupliquer

Les consultations, qui associent généralement un médecin, deux infirmiers et un psychologue, se déroulent dans des salles neutres et calmes, équipées d'un écran de cinéma et d'un lecteur de musique pour le cas où le patient a besoin d'être apaisé. Les professionnels s'adaptent au comportement de la personne. Si elle ne veut pas s'allonger sur le lit, par exemple, les examens peuvent se faire par terre. À l'issue de la consultation, le médecin transmet systématiquement un courrier sur les pistes de prise en charge à la famille du patient ou à la structure médico-sociale qui le suit.

"C'est le seul hôpital qui comprend nos enfants."

Point de vue de parents qui ont répondu au questionnaire de satisfaction diffusé par le Centre régional douleur et soins somatiques.



Fort de cette expérience des prises en charge complexes, le centre a également ouvert une consultation de désensibilisation pour les personnes qui ont développé des phobies liées à une expérience traumatisante des soins. Aujourd'hui centre de référence national, il coordonne le déploiement de dispositifs identiques dans les autres régions de France, en lien avec le ministère des Solidarités et de la Santé et les ARS.

Pour en savoir +
Retrouvez les monographies
consacrées à ces quatre
établissements sur www.anap.fr

Quelle feuille de route pour changer la donne ?

Organiser la trajectoire de suivi des personnes

Les exemples de dispositifs du nouvel ambulatoire présentés dans les pages qui précèdent esquissent la voie à suivre. Améliorer la prise en charge somatique des personnes concernées suppose qu'elles aient, comme tout citoyen, accès à un parcours de santé reposant sur quatre piliers :

- **prévention** : vaccination, conseils d'hygiène de vie, contraception, etc. ;
- **dépistage** des maladies à forte prévalence dans cette population, tel le diabète de type 2, mais aussi, comme pour tout un chacun, du cancer du sein, du cancer colorectal, etc. ;
- **prise en charge** - en ambulatoire autant que possible ;
- **et, en cas de maladie chronique, éducation thérapeutique du patient.** Cette pratique, encore peu développée en psychiatrie et santé mentale, aide les personnes à acquérir ou maintenir les compétences dont elles ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie. Autrement dit, à être plus autonomes, à mieux comprendre leur pathologie, à adapter leur mode de vie en conséquence...

Pour en savoir +

Téléchargez les fiches 4, 5 et 6 sur www.anap.fr

en pratique

Trois fiches illustrent cette trajectoire de suivi somatique.

- **La première porte sur la prévention et le dépistage dans le domaine gynécologique et obstétrical.** Les femmes souffrant de troubles psychiques sévères sont en effet considérées à risques sur le plan gynécologique (IST, cancers...) et obstétrical (grossesses non désirées, aggravation de la maladie psychiatrique...).
- **La seconde fiche concerne la trajectoire des personnes diabétiques.** Les patients atteints de schizophrénie, par exemple, ont deux fois plus de risques que la population générale de développer un diabète de type 2. Cette pathologie est souvent diagnostiquée lors d'une hospitalisation en psychiatrie. La fiche détaille donc la trajectoire de prise en charge du patient à l'hôpital, mais aussi en ambulatoire.
- **La troisième fiche est consacrée à la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique aidant les personnes obèses à développer les compétences nécessaires pour améliorer leur qualité de vie.**

Qui fait quoi, et comment ?

Les dispositifs étudiés par l'ANAP en témoignent : organiser la trajectoire de suivi des personnes concernées nécessite d'aller chercher les compétences là où elles se trouvent et donc de travailler en réseau avec d'autres acteurs du territoire. C'est ce que fait le CHU de Tours pour développer la prévention du syndrome métabolique.

C'est aussi le principe du dispositif Coreso (centre hospitalier Le Vinatier) et l'objectif de la consultation Calas (centre hospitalier Guillaume-Régnier) : assurer l'interface avec les professionnels de proximité, au premier rang desquels les médecins généralistes de ville, pour leur passer le relais dans des conditions sécurisées.

Un enjeu majeur, car le médecin traitant constitue un maillon clé du parcours de santé des personnes concernées. Qu'il s'agisse de prévention, de dépistage, de soins ou d'éducation thérapeutique, son rôle est essentiel pour améliorer leur prise en charge somatique et éviter les hospitalisations inadéquates (voir schéma ci-contre).

Autre enseignement : à la lumière des dispositifs analysés, ce sont les établissements ou services de psychiatrie qui organisent la trajectoire de suivi somatique de leurs patients. De par leur connaissance des besoins spécifiques de cette population, ils sont les principaux acteurs du changement de paradigme à accomplir pour améliorer le suivi somatique des personnes concernées. Mais d'autres structures ont aussi un rôle à jouer. Quelles actions de prévention pourraient par exemple proposer les maisons des adolescents, ou bien des structures médico-sociales comme les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les Samsah ou les maisons d'accueil spécialisées ?



Coup d'œil sur le parcours de soins somatiques vers lequel tendre

Prise en charge initiale

Le médecin traitant :

- coordonne la prévention, le dépistage, l'accès aux avis spécialisés (radiologue, cardiologue...) et les soins ;
- oriente les patients atteints d'une maladie chronique vers un programme d'éducation thérapeutique :
 - éducation diététique,
 - activités physiques adaptées,
 - appropriation de la maladie et du traitement,
 - formation à la détection des signes de rechute...

Retour à domicile

Le médecin traitant suit la personne, avec l'appui du somaticien de l'établissement ou service de psychiatrie.

En cas d'hospitalisation L'établissement ou service de psychiatrie :

- est en lien, dès l'admission du patient, avec son médecin traitant et/ou la structure qui le suit (CMP, Samsah...),
- assure son éducation thérapeutique,
- et prépare sa sortie, afin de prévenir les ruptures de parcours et réhospitalisations :
 - évaluation des besoins du patient : transfert en unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou retour chez lui, avec ou sans aide à domicile,
 - programmation des consultations de suivi,
 - envoi d'un courrier de liaison au médecin traitant ou au service SSR dès la sortie du patient.

Soins aigus

Ils sont délivrés, dans la mesure du possible, sur le lieu de vie du patient.

Une équipe mobile (du centre médico-psychologique, du Samsah...) assure des visites à domicile.

Si les soins sont trop lourds pour être organisés à domicile, le patient est hospitalisé.

Pour en savoir +

Téléchargez le logigramme de prise en charge somatique des patients de psychiatrie sur www.anap.fr

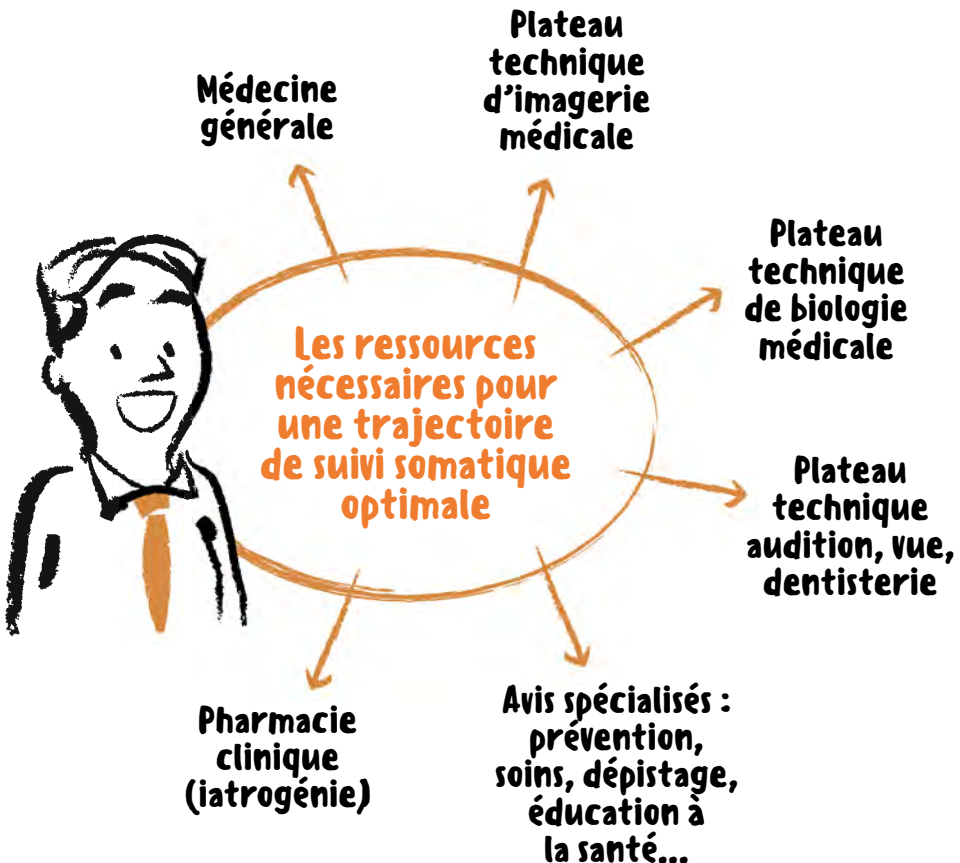
Assurer l'accès à un plateau technique dans les établissements spécialisés

Médecine générale

Outre permettre l'accès des personnes concernées à un médecin de ville, les établissements et services de psychiatrie doivent assurer l'accès à la médecine générale sur site pour les patients suivis en centre médico-psychologique ou en hospitalisation complète.

Pour le reste, si les services de psychiatrie relevant d'un hôpital général disposent sur place de tous les moyens

techniques et compétences nécessaires à la prise en charge somatique de leurs patients, ce n'est pas le cas pour l'immense majorité des établissements spécialisés. Dès lors, de quel plateau technique doivent-ils au minimum disposer *in situ*? Et quelles coopérations doivent-ils développer avec les acteurs du territoire pour élargir l'éventail des ressources proposées à leurs patients hospitalisés?



Plateau technique d'imagerie

Bon nombre de données montrent l'importance des prescriptions d'imagerie pour les patients de psychiatrie - en routine (radiologie pulmonaire, panoramique dentaire, écho-doppler, échographie cardiaque) ou pour un premier bilan en urgence (radiologie pour diagnostiquer une fracture ou une occlusion intestinale et scanner cérébral pour un traumatisme crânien). Il est donc primordial de garantir aux patients l'accès à un plateau technique d'imagerie.

Pour cela, l'établissement spécialisé peut nouer une convention de partenariat avec un centre d'imagerie médicale de ville, une clinique ou un établissement du groupement hospitalier de territoire (GHT), qui assurera les examens. Dans ce cas, il doit disposer d'outils informatiques performants et partagés avec ses partenaires, lui permettant d'accéder directement aux résultats. Bénéficiaire de moyens d'imagerie *in situ*, au moins pour la radiologie, reste toutefois une plus-value pour traiter les situations d'urgence et éviter d'avoir à transporter sur un autre site des patients souvent fragiles, en mobilisant une équipe soignante pour les accompagner.

Plateau technique de biologie

L'établissement spécialisé doit *a minima* être équipé d'outils de biologie déportée pour éliminer une urgence vitale et réaliser un premier inventaire de la situation.

Pour les analyses plus poussées, il peut travailler en partenariat avec un laboratoire de ville ou avec un laboratoire hospitalier du GHT, auquel il transmet les prélèvements réalisés sur ses patients. Dans ce cas, les délais



de réception des résultats doivent être conformes aux bonnes pratiques et aux modalités prévues dans le contrat : H24, 365 jours par an. Et, là encore, l'établissement doit disposer d'outils informatiques adaptés pour y accéder.

Avis spécialisés

Cardiologue, endocrinologue, dentiste, ophtalmologiste... L'accès des somaticiens de l'établissement de psychiatrie aux avis spécialisés nécessaires à la prévention, au dépistage, aux soins et à l'éducation thérapeutique des patients dépend de la densité médicale et paramédicale sur le territoire. Le projet territorial en santé mentale constitue un outil pour l'organiser. Tout comme les projets médico-soignants partagés des GHT. Les praticiens libéraux étant peu disponibles, et surtout très rares dans certains territoires, mettre en place un service de téléexpertise permettant par exemple de prendre l'avis d'un endocrinologue ou d'un cardiologue du GHT peut être une solution à privilégier.

Nos préconisations sur les soins somatiques

“L’hôpital psychiatrique doit a minima disposer d’un fauteuil dentaire, permettant d’accueillir un dentiste externe sur site, et d’une consultation d’ophtalmologie (éventuellement mobile). Ces consultations sont en effet longues et compliquées à réaliser avec les personnes atteintes de troubles psychiques, ce qui limite la possibilité de les organiser en cabinet libéral.”

“La HAS a recommandé aux psychiatres hospitaliers de systématiser l’envoi d’une lettre de liaison aux médecins traitants de leurs patients à leur sortie de l’hôpital. Il est nécessaire que les somaticiens des établissements et services de psychiatrie intègrent également cette pratique et tiennent compte des besoins des médecins généralistes de ville pour assurer le suivi des personnes sortant de l’hôpital dans les meilleures conditions.”

“Garantir aux personnes concernées une prise en charge psychiatrique et somatique optimale exige de tisser des liens privilégiés entre établissements de santé mentale et établissements MCO ou CHU. Leurs activités respectives ont évolué de façon cloisonnée. Il faut aujourd’hui qu’ils retrouvent des codes de compréhension partagés. L’arrivée des infirmiers de pratique avancée devrait être une opportunité de développer le dialogue entre ces professions.”



à noter

Les premiers titulaires du diplôme d'État d'infirmier de pratique avancée (IPA) mention « psychiatrie et santé mentale », correspondant au grade universitaire de master, sont sortis de formation en 2020. Cette nouvelle fonction devrait jouer un rôle important dans l'amélioration de la prise en charge globale des personnes concernées.

L'IPA assure en effet le suivi des soins des patients, tant sur le plan psychique que somatique, dans le cadre d'une procédure définie avec le psychiatre référent et dans une perspective de prévention, d'éducation et d'amélioration de la santé. Ses missions :

- réaliser des consultations dans les unités,
- accompagner les familles,
- gérer des situations de soins complexes,
- renouveler les traitements, prescrire les produits de santé et les examens paracliniques nécessaires,
- faciliter la collaboration entre médecins spécialistes ou somaticiens et médecins traitants,
- améliorer la traçabilité et la sécurité des données du dossier de soins.

Son rôle de coordination des soins est central dans le parcours des personnes concernées.



« 10 préconisations aux établissements autorisés en psychiatrie pour assurer des soins somatiques de qualité » : la Conférence nationale des présidents et vice-présidents de commissions médicales d'établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés a publié ce document en février 2020, alors que la crise de la Covid-19 avait encore accru la difficulté d'accès aux soins somatiques pour les personnes présentant des troubles psychiques. Mais sa portée va bien au-delà de la période de pandémie.

Pour en savoir +

Téléchargez sur www.anap.fr :

- la fiche 3 sur le rôle de l'IPA dans le suivi somatique des personnes concernées,
- la fiche 7 sur les préconisations de la Conférence nationale des présidents et vice-présidents de CME.

Quelles perspectives pour les soins somatiques en psychiatrie ?

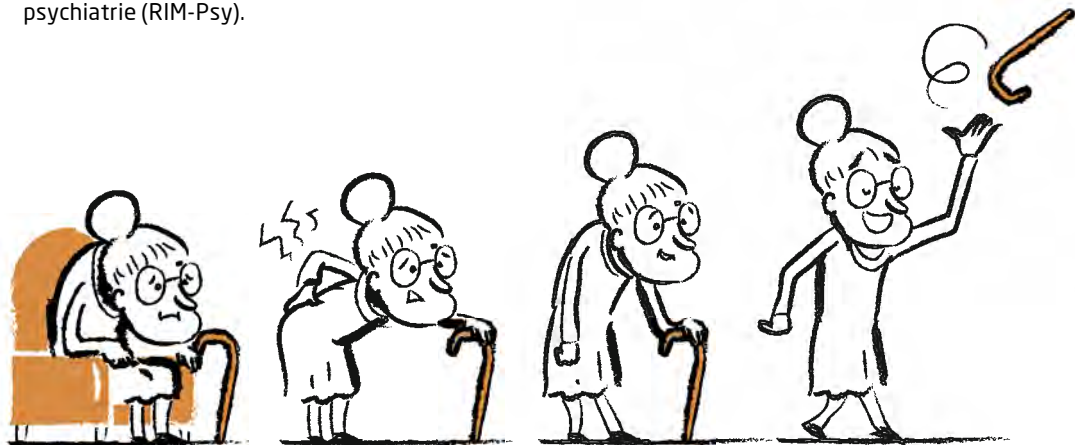
Un double frein

La dotation annuelle de financement (DAF) attribuée aux structures de psychiatrie dépendant d'établissements publics ou d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) couvre la totalité de leurs activités. Ce système ne permet pas de distinguer du reste ce qui relève du champ somatique. Ou de façon très imparfaite, à condition que les diagnostics associés (les comorbidités somatiques) soient codés dans le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-Psy).

Conséquence : les actes liés aux soins somatiques sont noyés dans la DAF, ce qui ne favorise pas l'amélioration de l'offre proposée aux personnes concernées.

Le frein est en effet double :

- culturel : le sentiment que ces soins, réalisés sur la ressource globale, le sont au détriment des soins psychiatriques ;
- et financier, car l'activité somatique n'est, de fait, pas valorisée à hauteur de ses coûts.



THÉORIE de L'ÉVOLUTION
Des conséquences d'un bon suivi somatique

Des solutions fragiles...

Pour financer des dispositifs innovants facilitant l'accès aux soins somatiques, les structures de psychiatrie n'ont donc guère le choix :

- soit une conciliation interne pour mieux valoriser leurs activités somatiques, lorsqu'elles dépendent d'un hôpital général ;
- soit un financement non pérenne, dans le cadre d'un appel à projets. Ainsi, le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP), créé en 2019, comporte un axe dédié aux soins somatiques, mais ne finance les projets que durant trois ans.

...ou marginales

Il existe certes des dispositifs nationaux bénéficiant de financements pérennes, qui visent à faciliter l'accès de certains publics aux soins somatiques :

- les équipes mobiles de permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour les personnes en situation de précarité ;
- les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) ;
- les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) ;
- ou les dispositifs Handiconsult créés dans le cadre de la feuille de route de la Conférence nationale du handicap du 11 décembre 2014. Co-organisés par des acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, ils s'adressent aux personnes en situation de handicap physique, mental ou psychique. Objectif : répondre aux besoins non couverts ou difficilement couverts par le système classique pour les soins somatiques non liés à leur handicap.

Ces outils méritent d'être développés dans l'ensemble des territoires. Mais ils sont loin d'apporter des réponses à la hauteur du défi que constitue l'amélioration l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques.



Et demain ?

Un projet de réforme des modalités de financement de la psychiatrie est en cours. En l'état actuel, il ne fait toutefois pas explicitement référence aux soins somatiques en psychiatrie.

Quoi qu'il en soit, les établissements de psychiatrie gagneraient à avoir une vision plus précise des coûts de leurs activités somatiques. Cet enjeu suppose un effort accru d'exhaustivité dans le repérage et le codage des actes liés aux soins somatiques, mais aussi la réalisation systématique de rapports d'activité.

L'idéal serait de pouvoir démontrer les gains en termes d'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées et peut-être influencer de façon positive sur les données épidémiologiques que nous connaissons aujourd'hui.

Le numérique comme facilitateur du nouvel ambulatoire

Parce qu'ils favorisent la mise en relation des professionnels entre eux et avec les personnes concernées, les services d'e-santé constituent un levier clé pour développer des réponses ambulatoires innovantes.



Des outils prometteurs

→ Au printemps 2020, pandémie oblige, l'utilisation des dispositifs d'e-santé a bondi. Téléconsultations, téléconcertations entre professionnels... En psychiatrie et santé mentale, le recours massif aux solutions de suivi dématérialisées a permis non seulement de maintenir les liens avec les personnes concernées et d'intégrer les aidants familiaux dans leur accompagnement, mais aussi de dépasser les craintes des professionnels quant à l'usage de ces outils.

Un atout pour l'avenir. Car l'e-santé est clairement l'un des instruments qui contribuera à concrétiser les principes de responsabilité populationnelle, « d'aller vers », de rétablissement et de prise en charge globale au cœur de la logique du nouvel ambulatoire.

→ L'ANAP a analysé plusieurs dispositifs et projets d'e-santé répondant à ces enjeux. Par ailleurs, le groupe de réflexion sur le numérique qu'elle a mis en place a dressé une typologie des outils aujourd'hui disponibles, en fonction de leurs bénéficiaires - personnes concernées ou professionnels - et de leur finalité. Il en

ressort quatre grandes catégories d'applications :

- **les plateformes d'information** permettant aux personnes concernées, à leurs aidants ou aux professionnels de se documenter sur une thématique spécifique en santé mentale ou sur une bonne pratique ;
- **les outils de formation** (e-learning, simulation de situations complexes...) destinés aux personnes concernées ou aux professionnels de santé ;
- **les outils de soin et d'accompagnement** de la personne concernée et/ou de ses aidants ;
- **les outils de coordination** facilitant la coopération entre professionnels et l'organisation du parcours de soins des personnes.

Conclusion ?

Ces différents types d'outils peuvent faciliter la mise en œuvre de chacune des huit missions du nouvel ambulatoire.

Zoom sur quelques dispositifs numériques

Informer et former

i-Decide⁽¹⁾, une plateforme régionale

Porté par le centre hospitalier Le Vinatier, ce projet de plateforme en ligne est centré sur la santé mentale des enfants et adolescents. Ses objectifs :

- favoriser une prise en charge précoce et efficiente des troubles psychiques, afin de permettre un rétablissement optimal des jeunes,
- promouvoir l'empowerment et l'autodétermination des personnes concernées et de leurs aidants pour qu'ils se dirigent vers les meilleures options de soins, en fonction de leurs envies et besoins, et des connaissances scientifiques.

Pour cela, il s'agit de transmettre des informations claires et des compétences en santé mentale non seulement aux familles, mais aussi aux professionnels qui les entourent : médecins traitants, infirmiers, enseignants, assistants sociaux... La plateforme proposera donc deux modules. Le premier fournira des éléments de base : repères sur le développement normal de l'enfant, les points de vigilance, la détection des signes précoces de troubles psychiques, conseils d'orientation et de prise en

charge... Le second module permettra aux familles qui le souhaitent et aux professionnels d'approfondir leurs connaissances : description et dépistage des différents troubles psychiatriques, prises en charge préconisées, recommandations de la HAS... Le tout complété d'une présentation des ressources en santé mentale et psychiatrie du territoire.

Sesame, un projet national

Le projet Sesame (Sensibiliser aux bonnes pratiques en santé mentale) est né d'une réflexion entre des acteurs en santé mentale et des professionnels d'ARS. L'idée : créer une plateforme nationale répertoriant les bonnes pratiques observées dans les territoires pour favoriser leur essaimage dans le cadre des PTSM.

En 2020, un premier prototype a été mis en ligne, dont la vocation se limite pour l'instant à la région PACA. Le site s'adresse aux professionnels, aux décideurs (ARS, élus locaux...) et aux chercheurs, mais aussi aux personnes concernées et à leurs aidants.

Il propose deux rubriques - parcours de vie (logement, travail...) et parcours de santé (intervention précoce, crise, rétablissement...) - présentant chacune des exemples de bonnes pratiques validées scientifiquement ou

(1) i-Decide : Information pour des décisions éclairées co-construites indispensables pour le développement de l'enfant.

“Ce dispositif de formation nous a amenés à réinterroger nos pratiques. Résultat : nous avons moins recours à la chambre d’isolement pour les patients en crise.”

CH Sainte-Marie



identifiées comme prometteuses. Plusieurs niveaux d’information sont disponibles :

- une vidéo grand public, avec des témoignages d’experts et de personnes concernées,
- une description de l’action,
- son niveau de preuve,
- des liens sur les publications scientifiques et rapports d’évaluation dont elle a fait l’objet.

À terme, l’objectif est d’identifier, pour chaque pratique, une équipe d’appui qui formera les professionnels souhaitant la décliner dans d’autres territoires.

La réalité virtuelle au service des soignants

À Nice, en partenariat avec un spécialiste de l’e-learning médical, le centre hospitalier Sainte-Marie a créé un outil de réalité virtuelle pour former les jeunes infirmiers et aides-soignants de psychiatrie à la gestion de situations complexes. Le premier scénario développé porte sur les troubles du comportement chez le sujet âgé. D’autres suivront : gestion des situations de crise en unité fermée en psychiatrie, prise en charge du patient à domicile, etc. Coiffé d’un casque de réalité virtuelle, qui l’immerge dans un environnement en 3D face à un patient, le soignant se confronte à des situations qu’il pourra rencontrer dans son travail et doit choisir entre plusieurs attitudes possibles. La séance est suivie d’un débriefing sur la situation vécue.

Cet outil aide le soignant à acquérir les bons réflexes et à ne pas prendre de risques face à des situations de crise, mais aussi à interpréter au quotidien les comportements liés à la pathologie du patient, ce qui permet d’améliorer sa prise en charge.

Soigner et accompagner

Mathurin : la réalité virtuelle pour gagner en autonomie

Le jeu Mathurin est le fruit d'un partenariat entre le groupement hospitalier universitaire (GHU) Sainte-Anne (Paris) et le laboratoire Mémoire, cerveau et cognition d'Université de Paris. Il s'agit d'un jeu utilisant la réalité virtuelle pour apprendre aux personnes en situation de handicap psychique à planifier leur vie quotidienne, et les aider à développer leur mémoire et leur autonomie.

Les joueurs se déplacent au moyen d'un joystick dans une ville virtuelle en 3D projetée sur un grand écran et doivent résoudre des problèmes multitâches : par exemple, aller chercher quelqu'un à la gare et faire ses courses en attendant le train, tout en surveillant l'heure pour ne pas le rater.

Le programme comprend quinze sessions par groupe de six, encadrées par un infirmier et un psychologue ou un ergothérapeute.

Une étude réalisée auprès de huit personnes présentant des troubles de type schizophrénique a montré tout l'intérêt du jeu Mathurin : amélioration clinique, gain en autonomie (interactions sociales, sentiment d'être plus compétent...), amélioration de l'attention, de la mémoire, etc.

NEAR, pour un accès facilité à la rémediation cognitive

Near (*Neuropsychological Educational Approach to Remediation*) est une méthode d'amélioration des fonctions cognitives (mémoire, attention, planification) développée aux États-Unis.

À l'origine, elle était destinée aux personnes atteintes de schizophrénie, de bipolarité ou de dysfonctions exécutives. Le Centre ressource de rémediation cognitive et de réhabilitation psychosociale Île-de-France (GHU Sainte-Anne) l'a étendue aux 10-15 ans et jeunes adultes présentant un trouble de l'attention et/ou du spectre autistique. Objectif : introduire la rémediation cognitive au plus tôt dans leur parcours de soins pour favoriser leur pronostic d'évolution.

Les participants suivent trente sessions organisées en deux temps : 40 minutes d'exercices individuels sur ordinateur et 35 minutes en groupe pour faire le pont entre ce qui a été travaillé et les activités de la vie quotidienne. Les séances sont animées par des professionnels : psychologue ou neuropsychologue, infirmier, pédopsychiatre... Ce programme contribue à améliorer le fonctionnement cognitif et la dimension sociale des participants. Il a notamment des effets bénéfiques sur la scolarité des jeunes.

“Ça m’a beaucoup aidé dans mes notes, ma concentration.”

“Avant, j’avais 6 ou 8 sur 20. Depuis que j’ai suivi le cours de concentration, ma pire note a été 12.”

“J’arrive à rester mieux concentré et à plus facilement retenir.”

Des jeunes ayant suivi le programme NEAR



Un studio connecté pour simuler la vie à domicile

Un salon, un coin nuit, une cuisine, une salle de bains... le tout truffé de capteurs reliés à un ordinateur. Conçu par le centre hospitalier du Rouvray (Normandie) en partenariat avec une école d'ingénieurs, ce studio connecté permet d'évaluer l'autonomie d'une personne atteinte de troubles des fonctions exécutives de manière plus fine qu'avec une échelle d'activités instrumentales de la vie quotidienne. Le but : préparer au mieux son retour à domicile après une hospitalisation. Aura-t-elle, par exemple, besoin d'aides techniques ou humaines ? Les capteurs enregistrent son parcours dans le studio : utilisation ou pas de la plaque de cuisson, ouverture ou non des robinets d'eau, placards, fenêtres, etc. Pour l'instant, cet outil sert pour des évaluations d'environ une heure sur une activité du quotidien (préparer un repas, faire une lessive...). La personne effectue la tâche comme si elle était seule chez elle, mais un ergothérapeute est présent pour observer tout ce que les capteurs ne peuvent pas identifier : les risques d'incidents pouvant mettre en jeu sa sécurité (brûlure, chute...), la propreté et le rangement du studio lorsqu'elle a fini sa tâche... À terme, l'objectif est d'évaluer l'autonomie des patients sur vingt-quatre heures.

Coordonner

Apogé-e, ou comment coopérer avec les médecins de ville

Apogé-e, pour Avis psychiatrique et d'orientation partagé avec les médecins généralistes en e-consultation. Conçu par le GHU Sainte-Anne, à Paris, ce dispositif vise à favoriser le diagnostic précoce des troubles psychiques et à prévenir les ruptures dans le parcours de soins des patients, en apportant un appui aux médecins traitants.

Il permettra d'organiser une téléconsultation réunissant le médecin généraliste et son patient face à un psychiatre, afin de mettre en place une collaboration médicale. Le psychiatre proposera au patient un suivi, avec l'accompagnement d'un infirmier de pratique avancée.

L'objectif est également de développer la téléexpertise et les transferts de connaissances :

- les médecins généralistes pourront solliciter un psychiatre à distance pour lui demander un appui, un conseil ou une orientation pour un patient ;
- et accéder à des modules d'e-learning et/ou des réunions de partage d'expériences, afin de renforcer leur formation en santé mentale et de mieux apprécier le degré d'urgence de la prise en charge des patients.

Pour l'instant, Apogé-e concerne deux secteurs de psychiatrie du XIX^e arrondissement.



Prometted, un appui aux structures médico-sociales

Prometted, ou Programme médical de télépsychiatrie pour enfants et adolescents présentant un trouble envahissant du développement. Également porté par le GHU Sainte-Anne, ce dispositif associe son centre de diagnostic et d'évaluation de l'autisme, celui du centre hospitalier de Versailles et cinq structures médico-sociales accueillant des jeunes avec troubles autistiques et retard sévère du développement. Sa finalité : suivre ces patients à distance, dans leur structure d'accueil, afin de leur éviter des déplacements dans un service de pédopsychiatrie, et améliorer leur prise en charge.

Dans un premier temps, quatre téléconsultations sont organisées pour affiner le diagnostic, évaluer le jeune, restituer les résultats à ses parents et établir des préconisations de prise en charge. Les psychiatres partagent également les résultats avec la structure médico-sociale en visioconférence et lui proposent de la téléexpertise pour adapter les traitements si besoin. Ensuite, le patient est réévalué chaque année.

Expérimenté durant trois ans, ce dispositif est aujourd'hui utilisé en routine.

Pour en savoir +

Téléchargez les monographies de ces dispositifs sur www.anap.fr

Des outils pour les 8 missions du nouvel ambulatoire

n°1

Organiser une réponse de proximité

Outils de soins et d'accompagnement, ou de coordination.

Exemples :

- les dispositifs de téléconsultation et téléexpertise, tels Apogé-e et Prometted,
- les Services numériques d'appui à la coordination (SNAC) déployés dans le cadre du programme national.

n°2

Travailler en réseau

Outils de coordination.

Exemples :

- Sesame,
- les plateformes collaboratives,
- les messageries sécurisées de santé (MSSanté) pour dématérialiser et sécuriser l'échange des données de santé,
- le dossier médical partagé (DMP) pour garder la mémoire des informations utiles pour la prise en charge et faire le lien entre tous les professionnels de santé autour du patient,
- les SNAC.

n°3

Organiser la prévention, la détection et l'intervention précoce

Outils d'information, de formation, de soins et d'accompagnement, ou de coordination.

Exemples :

- la plateforme i-Decide,
- les services d'appui aux médecins traitants, comme Apogé-e.

n°4

Proposer une palette de soins et de modalités d'accompagnement complète

Outils de soins et d'accompagnement, de coordination, de formation, d'information.

Exemples :

- les services de téléconsultation,
- les applications de suivi du diabète,
- les outils de type *medical companion* (compagnon virtuel aidant la personne à gérer sa maladie),
- les piluliers numériques,
- le programme de formation à la gestion de situations complexes du centre hospitalier Sainte-Marie (Nice).

no5

Élaborer un projet personnalisé orienté vers le rétablissement

Outils d'information, de formation, d'accompagnement et de coordination.

Exemples :

- la plateforme i-Decide,
- le programme de formation du centre hospitalier Sainte-Marie (Nice),
- les téléréunions de concertation pluridisciplinaire.

“Les dispositifs numériques ne pourront jamais se substituer aux pratiques habituelles de soin et d’accompagnement des personnes concernées.

En revanche, ils les complètent. Ils favorisent donc un nouveau mode de fonctionnement.”

Les membres du groupe de réflexion

no6

Mettre en place un accompagnement dynamique, évoluant au gré des besoins de la personne

Outils de formation, de soins, de coordination.

Exemples :

- le jeu Mathurin ou le programme NEAR de remédiation cognitive,
- le studio connecté du centre hospitalier du Rouvray.



no7

Proposer une démarche intégrative, fondée sur l'empowerment

Outils de formation, de soins, de coordination.

Exemples :

- les *serious games*, tel Mathurin,
- le programme NEAR,
- les plateformes facilitant l'acquisition de compétences, telle i-Decide.

no8

Impliquer des patients experts, pairs-aidants et associations dans le suivi et l'accompagnement de la personne

Outils de formation, de soin, d'information.

Exemples : les plateformes numériques de mise en relation avec des pairs-aidants.

en pratique

Les bénéfices du numérique

Pour les personnes concernées et leur entourage

- Une amélioration de l'autonomie, de l'empowerment et du rétablissement: les outils d'information, notamment, peuvent faciliter l'autodétermination des personnes dans leur parcours de rétablissement, et renforcer la confiance de leurs proches et des professionnels qui les entourent (aidants, enseignants, etc.) dans leur capacité à les accompagner.
- Une amélioration globale du parcours de soins: les outils de coordination, de soins et d'accompagnement facilitent l'accès à une prise en charge pluridisciplinaire et aux soins spécialisés.
- Une déstigmatisation et dédramatisation de la maladie, notamment grâce à la possibilité, pour les personnes concernées mais aussi le grand public, d'accéder à des informations claires et fiables sur la santé mentale, ainsi qu'à des témoignages de patients experts ou pairs-aidants. De plus, pour les enfants, les outils numériques peuvent rendre les soins plus ludiques et plus accessibles.

Pour les professionnels de santé

- Un appui sécurisant pour les acteurs de premiers recours: les outils d'information et d'e-learning leur permettent d'accéder à des connaissances en santé mentale et les outils de coordination, aux compétences de spécialistes.
- Un support pour les jeunes soignants de psychiatrie: les outils de formation les aident à acquérir de nouvelles expertises, qui rendent leur pratique plus confortable et peuvent contribuer à les fidéliser.

Pour les institutions

- Les plateformes d'information permettent d'améliorer la lisibilité des filières de soins psychiatriques locales.
- Les services de téléconsultation et de téléexpertise peuvent, dans une certaine mesure, pallier les difficultés liées à la désertification médicale.
- À long terme, en facilitant le déploiement du nouvel ambulatoire, l'e-santé contribuera à réduire les décompensations et ruptures de parcours très consommatrices de ressources et préjudiciables pour les patients (urgences, soins sans consentement, contention...), ainsi que les tensions pesant sur l'hospitalisation complète.

Projets d'e-santé, mode d'emploi

Pour qu'un projet arrive à terme, que l'outil développé soit pérenne et son usage intégré dans les pratiques, un certain nombre de précautions s'impose.

Les prérequis communs à tous les outils

La direction de l'institution doit porter le projet, en être partie prenante.

L'e-santé doit être perçue comme un moyen complémentaire pour accompagner la prise en charge des personnes. Cela suppose de préparer les professionnels à cette évolution, en les aidant à appréhender l'intérêt du numérique et à surmonter leurs réticences.

La conception de l'outil doit être collaborative, conjuguer toutes les compétences nécessaires, dont celles :

- de personnes concernées et d'aïdants, si le projet cible ces publics,
- de professionnels appelés à utiliser le dispositif ou dont le savoir et l'expérience sont utiles à sa réalisation,
- et de représentants de la direction des systèmes d'information, pour faciliter l'intégration de l'outil dans l'architecture informatique de l'établissement.

La méthodologie de gestion du projet doit être rigoureuse :

- créer un comité de pilotage pour suivre l'avancement, coordonner les acteurs du projet et veiller à ce que tous se l'approprient - condition



indispensable à sa réussite ;

- spécifier de façon très précise les besoins auxquels l'outil doit satisfaire ;
- vérifier s'il existe déjà des réponses ailleurs ;
- dresser la liste détaillée des actions à conduire pour mener le projet à terme ;
- fixer leur calendrier de réalisation ;
- évaluer l'outil à chaque étape de sa construction et après sa mise en service pour s'assurer qu'il répond aux objectifs visés.

Les prérequis spécifiques

Outils d'information

Dédier une équipe pérenne à la création de la plateforme.

Anticiper le temps nécessaire à la coordination de son développement, mais aussi le travail conséquent de recherche documentaire qu'il faudra pour la nourrir, s'assurer de la fiabilité des données publiées, puis les mettre régulièrement à jour par la suite. Par ailleurs, si la plateforme s'adresse aux personnes concernées, il est conseillé de faire appel aux méthodes de design thinking, qui centrent le processus de conception sur l'utilisateur. Enfin, comme pour tout outil destiné à ce public, il faut prévoir des documents en « facile à lire et à comprendre » (FALC).

Outils de formation

Faire appel à des professionnels disposant d'une solide expérience du sujet traité pour la conception de l'application, et à des spécialistes des services numériques pour son design.

Outils de soin et d'accompagnement

Leur conception requiert là encore de s'appuyer sur les compétences de professionnels expérimentés, mais aussi sur des outils et données validés scientifiquement. Par ailleurs, il faut prévoir un financement adapté pour l'investissement et la maintenance du produit, et des indicateurs pour évaluer ses bénéfices cliniques et organisationnels.

Outils de coordination

Anticiper les temps de coordination importants entre les professionnels qui utiliseront l'application.

Les former à son utilisation et communiquer régulièrement sur les outils.

Les points de vigilance

Fixer les objectifs d'amélioration par rapport à l'existant

De quels éléments de preuve disposez-vous ?

Déterminer le nombre d'utilisateurs

Se chiffre-t-il par millions, milliers, centaines ? S'agit-il de déployer un produit déjà en place ailleurs ? Autant de questions incontournables pour programmer correctement le déploiement et la maintenance de l'outil.

Identifier les gages de qualité

ARS, CPAM, société savante, association d'usagers, de parents... Une autorité a-t-elle validé votre outil ? Une telle labellisation garantit en effet une solution de qualité, dans l'intérêt de l'utilisateur (protection des données personnelles, pérennité de l'outil...).

S'assurer du financement

Qui finance le projet et pour quelle durée? La phase d'évaluation de l'expérimentation de l'outil est-elle comprise? Le projet est-il inscrit dans un programme de recherche médico-économique (PRME) ou dans un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)?

Écarter les conflits d'intérêts

Existe-t-il un risque de conflit par rapport au financeur et/ou aux fournisseurs de données? Le projet fait-il l'objet d'une déclaration obligatoire de conflits d'intérêts? Est-il inscrit au registre national de conflits d'intérêts?

Sécuriser l'hébergement des données

Une analyse d'impact réalisée par un délégué à la protection des données formé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) est-elle prévue? Quel est le protocole en cas de fuite de données?

Penser à la maintenance

Existe-t-il un protocole de secours? Quel est le risque évalué en cas d'indisponibilité du service?

Conduire le projet dans la durée

Quelles actions avez-vous prévues pour accompagner les professionnels dans le changement?

Pour en savoir +

Téléchargez sur www.anap.fr la fiche 8, « L'usage du numérique en santé mentale : les questions à se poser avant le choix des outils ».



Pour conclure...

Ce chapitre sur le numérique le confirme : la philosophie du nouvel ambulatoire marque un retour vers le futur. Elle remet clairement à l'honneur les principes directeurs de la circulaire de 1960⁽¹⁾, fondatrice de la psychiatrie ouverte, tout en puisant dans les technologies modernes et les avancées de la science pour mieux promouvoir la possibilité d'un rétablissement des personnes concernées. Une approche profondément humaniste de la maladie mentale... qui nous concerne tous. La crise de la Covid-19 l'a en effet montré : nous sommes tous exposés à un risque de vulnérabilité psychique. Et, pour tout un chacun, l'hospitalisation complète doit rester une exception. C'est bien l'enjeu du nouvel ambulatoire : vivre debout malgré la maladie.

(1) Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, ministère de la Santé publique et de la Population.

Auteurs

Nadine Farcy, Corinne Martinez, Alina Morgoci...

Et les membres des groupes de réflexion,
sans lesquels rien n'aurait été possible!
Merci à eux et à tous les professionnels qui
ont contribué au projet.

Conception éditoriale, mise en forme des textes

Bénédicte Haquin

Illustrateur

Franck Teillard - franckteillard.fr

Conception graphique, réalisation

Agence Efil - www.efil.fr

Imprimé par

Imprimerie de la Centrale, Lens



Septembre 2021





Retrouvez l'offre ANAP sur www.anap.fr
Suivez-nous sur  @anap_sante et sur 

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

23, avenue d'Italie - 75013 Paris
01 57 27 12 00 - contact@anap.fr

