

CAHIER DES CHARGES PORTANT SUR LA SELECTION
DE PROJETS ORGANISATIONNELS
INNOVANTS EN PSYCHIATRIE EN NORMANDIE
POUR 2019

Le présent cahier des charges répond à l'instruction N° DGOS/R4/2019/176 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Cf. ci-joint). Cette instruction a pour objet de décrire les modalités de sélection de projets organisationnels innovants en psychiatrie pour un financement de 10 M€ (en crédits FIR), annoncé le 18 septembre 2018 par le Président de la République.

Elle est complétée de trois annexes correspondant au présent cahier des charges qui fixe les orientations nationales prioritaires pour l'utilisation du fonds, au dossier de candidature et à la grille d'évaluation des projets.

Ce fonds a vocation à permettre de financer ou d'amorcer le financement de projets innovants tant dans l'organisation promue que dans les prises en charge proposées afin de répondre aux besoins de transformation de l'offre de santé en psychiatrie.

Ces projets peuvent relever d'accompagnements ponctuels pour faciliter la transition vers de nouvelles pratiques organisationnelles, ou d'une démarche d'initiation du changement dans la durée pour laquelle le relai financier sera à assurer dans un second temps, à l'issue d'une évaluation en vue de pérenniser et de généraliser les dispositifs probants.

Les orientations d'emploi de ce fonds pour 2019 s'inscrivent dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie présentée par la Ministre des Solidarités et de la Santé en juin 2018, à savoir :

- Repérage et prise en charge précoce en pédopsychiatrie et psychiatrie périnatale ;
- Mise en œuvre des parcours en psychiatrie favorisant la proximité et les articulations entre l'ensemble des acteurs du parcours de santé ;
- Projets de télémédecine au service des patients et des professionnels ;
- Accès aux soins somatiques, repérage et prise en charge précoce en lien avec les soins psychiatriques ;
- Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence.

Le caractère innovant des projets proposés doit se traduire dans la transformation des organisations, l'introduction d'une pratique, d'une intervention ou d'une procédure, pouvant déjà être éprouvée mais requérant d'être adaptée dans un contexte nouveau.

Elle doit conduire à améliorer la performance d'un dispositif ou d'une organisation pour une meilleure réponse aux besoins des usagers et des familles en termes d'accessibilité, de continuité ou de qualité des soins et une plus grande efficacité dans la prise en charge des parcours.

L'adéquation du projet avec le diagnostic argumenté des besoins du territoire candidat et avec les axes prioritaires de la feuille de route sera un critère important d'évaluation des projets.

Descriptif des orientations nationales du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie

1. Repérage et prise en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie périnatale

Le parcours des enfants et des adolescents en santé mentale est complexe à organiser dans la mesure où il fait intervenir des acteurs différents selon l'âge des publics considérés et leur situation (parents et/ou aidants intervenant en responsabilité des enfants, PMI, professionnels de santé psychiques et somatiques, Education nationale, DITEP, ASE, justice, PJJ, etc.).

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se caractérise par une demande de soins qui n'est souvent pas le fait des individus concernés eux-mêmes mais davantage de leurs parents. Cela pose de manière particulière la question du consentement aux soins, celle de l'intégration de la famille dans le parcours de soins et également la question de l'articulation avec la psychiatrie adulte.

Les projets proposés doivent favoriser les prises en charge ambulatoires, y compris intensives, les interventions à domicile et permettre d'organiser des parcours de soins diversifiés, coordonnés et sans ruptures.

Par ailleurs, il faut aborder ce champ en tenant compte des tranches d'âge qui appellent des réponses différentes :

- La périnatalité (0-3 ans) période pendant laquelle l'émergence des troubles du développement affectif et cognitif nécessitent un dépistage précoce. Les projets devront proposer des parcours de soins coordonnés et gradués en privilégiant des programmes conjoints parents/bébés et une mobilité des équipes.
- Les enfants (3-12 ans) pour lesquels le dépistage puis les interventions en cas d'écarts inhabituels de développement (qui permettent de limiter les sur-handicaps), ou en cas de souffrances psychiques, font encore souvent l'objet d'un parcours insuffisamment coordonné et avec de nombreuses ruptures. C'est sur cette tranche d'âge que démarre la stigmatisation des patients.
- Les adolescents (12-16 ans) avec leurs troubles spécifiques, les comportements extrêmes, les conduites à risque addictives, le risque suicidaire, les troubles du comportement alimentaire, ...
- Enfin les jeunes adultes (16-26 ans), où l'entrée en maladie (troubles psychiatriques sévères dont les psychoses) apparaît, alors qu'il existe encore trop souvent une rupture très nette entre les soins de la pédopsychiatrie et ceux de la psychiatrie générale.

Pour la tranche d'âge 0-7 ans, en cas de projets centrés sur les troubles du neuro-développement (le cas échéant TSA, TDAH, TSLA, trouble du développement intellectuel, etc. conformément aux classifications internationales), il convient de tenir compte du dispositif de repérage précoce dont le déploiement s'échelonne de 2019 à 2022, avec une couverture département par département. Le parcours de bilan et intervention précoce prévu par la loi (article L.2135-1 du code de la santé publique) appelle une synergie entre acteurs sanitaires et médico-sociaux et vise une accélération du parcours diagnostique.

2. Mise en œuvre des parcours en psychiatrie favorisant la proximité et les articulations entre l'ensemble des acteurs du parcours de santé sur les territoires de santé mentale

Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale est un axe prioritaire du projet territorial de santé mentale. La prévention et les interventions précoces restent insuffisantes, les diagnostics trop tardifs, les ruptures de prise en charge encore trop nombreuses.

« Ma santé 2022 » intègre ces enjeux en encourageant les coopérations des acteurs autour des parcours de soins et en soutenant une offre en psychiatrie plus accessible, davantage diversifiée et de qualité.

La feuille de route santé mentale et psychiatrie promeut une organisation où professionnels de santé libéraux et établissements de santé notamment travaillent ensemble et s'organisent pour répondre à un double objectif de prise en charge en proximité et d'accès aux soins spécialisés.

Les projets attendus au sein du territoire de santé mentale doivent viser notamment à :

- Apporter une amélioration concrète de l'état de santé psychique et somatique de la personne.
- Permettre à la personne d'exprimer ses choix et favoriser son engagement dans les soins la concernant, permettre aux usagers, patients et familles de s'impliquer dans la transformation de l'offre, la construction des parcours et la modernisation des organisations de soins en veillant à les accompagner dans cette démarche (par exemple notamment avec les patients ressources et la mobilisation du savoir expérientiel).
- Prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap psychique.
- Construire avec les personnes des réponses inclusives, pluridimensionnelles, modulaires et modulables dans le parcours de soins.
- Coordonner l'ensemble des acteurs, y compris médicosociaux, autour de ce parcours.

3. Projets de télémédecine au service des patients et des professionnels

« Ma santé 2022 » ouvre des perspectives importantes en matière de développement de la télémédecine. La psychiatrie est un domaine où des expériences se déploient, de plus en plus nombreuses, impactant les organisations de soin. Cette approche doit être prise en compte en lien avec l'évolution du public qui recourt aux soins psychiatriques, notamment les populations jeunes qui maîtrisent les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Les apports potentiels de la télémédecine en psychiatrie au regard des problèmes d'inégalités territoriales, d'attractivité et de démographie médicale, sont identifiés depuis plusieurs années.

Par ailleurs, les expériences se multiplient en termes d'amélioration de la mise à disposition des avis spécialisés au niveau des territoires, en favorisant l'accès des patients à ces centres spécialisés dans le cadre d'une relation renouvelée entre professionnels. Franchissant une étape supplémentaire, la téléconsultation permet de lier directement le thérapeute au patient dans une relation à distance.

Les projets proposés mettront en avant les avancées concrètes apportées aux patients et aux familles au travers de l'utilisation de la télémédecine.

4. Accès aux soins somatiques, repérage et prise en charge précoce en lien avec les soins psychiatriques

Les personnes ayant des troubles mentaux présente une diminution de l'espérance de vie d'environ 20% par rapport à la population générale, liée à un défaut d'identification et de prise en charge des problèmes somatiques et aux effets secondaires des médicaments (prise de poids, diabète, troubles cardio-vasculaires, maladies respiratoires, diminution de la taille du cerveau, des capacités cognitives et de la mémoire, syndrome neuroleptique malin...), pouvant conduire à une mauvaise hygiène de vie (tabagisme notamment), une sédentarité et une obésité, liées à l'effet apathique des neuroleptiques.

Le recours aux soins somatiques peut également être freiné par la pathologie psychiatrique pour différentes raisons :

- La personne ne perçoit pas ses besoins physiologiques ou ne leur donne pas la priorité en raison d'une diminution de la sensibilité à la douleur et ne consulte pas par elle-même.
- La personne éprouve des difficultés d'expression et de communication ne permettant pas au médecin de repérer les problèmes somatiques.
- L'environnement somatique (examens, plateau technique) peut être perçu comme intrusif.

Les projets proposés doivent notamment permettre de prendre en compte, avec la participation de la personne elle-même, les facteurs de risques comme le mode vie, les effets des médicaments, les conduites addictives, etc., par une prise en charge globale et un partenariat organisé entre le champ de la psychiatrie et de la santé mentale et le champ somatique.

Les solutions d'amélioration sont nombreuses et peuvent passer notamment par le rapprochement des compétences :

- Télémédecine et télé expertise entre somaticiens et psychiatres (ex : lecture d'électrocardiogrammes, liens avec endocrinologues, ...).
- Consultations de spécialistes sur place (ex : cabinet dentaire).
- Installation physique en proximité de MSP et CMP, centre de santé porté par un établissement de santé, consultations conjointes, ...
- Missions de case management.
- Création d'une « somatique de liaison » (versus « psychiatrie de liaison »), etc.

5. Prévention et gestion des situations de crise et d'urgence

L'impact de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (soins sans consentement, programme de soins ambulatoires) a mis en avant la nécessité de mieux prévenir et gérer les situations de crise et d'urgence en psychiatrie. La compréhension des phénomènes « critiques » autour du soin d'urgence dans le domaine de la santé mentale peuvent être abordés dans des contextes très différents : intra ou extrahospitalier, soins à domicile y compris intensifs, structures médicosociales.

La crise peut être définie comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue le plus souvent vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte (cf. Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques). Le projet territorial de santé mentale identifie les modalités permettant de développer l'intervention des professionnels de soins de psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales, en prévention de la crise ou en cas de crise et d'urgence, afin de mettre en place une réponse adaptée, de favoriser l'adhésion aux soins et d'éviter autant que possible le recours à l'hospitalisation et aux soins sans consentement.

La prévention de la crise vise notamment les personnes en situation de grande souffrance psychique, n'exprimant pas nécessairement une demande d'aide ou de soins, celle-ci pouvant s'exprimer par les alertes de l'entourage.

Les projets proposés doivent permettre notamment d'améliorer concrètement la réactivité et la mobilité des équipes, le cas échéant de manière mutualisée entre plusieurs secteurs ou sous la forme d'équipes mobiles. Par ailleurs, comme le mentionne le rapport de 2015 sur le handicap psychique du Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, les partenariats entre les professionnels de la psychiatrie et les services et établissements sociaux et médico-sociaux (dans le cadre de GCSMS, de CPT, ...) peuvent permettre une approche partagée des situations et des interventions se fondant sur des engagements réciproques. Ces partenariats sont particulièrement pertinents s'agissant des établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE). A l'issue de la situation de crise ou pré-crise, une analyse partagée des conditions de survenue, ainsi que de la gestion de la situation, peut contribuer à prévenir ou diminuer le nombre d'autres épisodes de crise ou pré-crise, et à mieux anticiper et gérer ces situations.