



Évaluation de l'activité de psychiatrie & santé mentale selon le référentiel de certification

L'organisation des soins en psychiatrie c'est :

– **3 composantes :**

- exclusivement ambulatoire (cabinets de psychiatres libéraux) ;
- sectorisée (établissements publics et ESPIC) ;
- non sectorisée (établissements publics, privés à but lucratif et ESPIC).

Seules les deux dernières composantes sont directement concernées par la certification des établissements de santé.

– **Le principe de sectorisation :**

- l'organisation territoriale de la psychiatrie en secteurs géo-démographiques permet de couvrir l'ensemble du territoire national ;
- la responsabilité d'un ou plusieurs secteurs est confiée à un établissement autorisé en psychiatrie sectorisé qui est chargé d'assurer accessibilité, proximité et continuité des soins (incluant les soins sans consentement) pour la population de ce/ces secteur(s).

3 types de secteurs ont été définis : secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire.

– **La territorialisation :**

Aujourd'hui les PTSM (Projets Territoriaux de Santé Mentale) appellent une coordination entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social au niveau du territoire de santé mentale.

– **3 types de PEC en établissements de santé :**

- ambulatoire ;
- à temps partiel ;
- à temps complet.

– **Soins en psychiatrie :**

- majorité des soins réalisés avec le consentement du patient ;
- les soins libres sont la règle ;
- à titre exceptionnel, des soins peuvent être dispensés sans accord du patient, s'il n'a pas conscience de ses troubles, ni de son besoin impératif de soins.

Ces soins sans consentement sont encadrés par la loi, selon les procédures suivantes :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) ;
- les soins sur décision du représentant de l'État, lorsque les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public (SDRE) ;
- le programme de soins lorsque le patient est pris en charge en ambulatoire.

L'objectif primordial de ces modalités de soins sera l'évolution vers des soins librement consentis par la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient.

Enjeux nationaux

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide.
- Garantir le respect des droits et sécurité en psychiatrie.
- Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des patients présentant des troubles psychiques.
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.
- Garantir l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

Principales données actuelles

- La psychiatrie en France représente en 2018 :
 - **424 000** patients hospitalisés en psychiatrie France = **6 pour 1 000 habitants** ;
 - **2,1 millions** de patients pris en charge en ambulatoire ;
 - **552** établissements de santé autorisés en psychiatrie ;
 - **82 000** patients hospitalisés sans consentement.
- Prévalence des troubles psychiques estimée à **18,5%** en France en 2016
- Troubles mentaux = **1^{er} poste de dépenses du régime général** de l'assurance maladie par pathologie, **19,3 milliards d'euros**.
- Ces troubles ont des répercussions sur la vie personnelle et sociale des personnes concernées ainsi que sur leur entourage > coût économique et social des troubles mentaux évalué à **109 milliards d'euros par an**.
- Troubles psychiques sévères associés à un risque accru de certains troubles somatiques et à une espérance de vie fortement réduite : ☞ **- 16 ans**, ☞ **- 13 ans** par rapport à la population générale.
- **8 948** décès par suicide enregistrés en 2014 en France métropolitaine (25 par jour/9 pour les accidents de la route). **200 000** passages aux urgences pour tentative de suicide par an.
- 8,3% des patients hospitalisés à temps plein placés en isolement en 2015, en augmentation (6,6% en 2011 et 7,2% en 2013).

En quoi la certification répond aux enjeux du thème ?

Pilotage

- Garantir des parcours de soins coordonnés sur le territoire, réduire les risques de rupture prise en charge (PTSM, lien avec la médecine de ville) (3.1-02, 3.1-05).

Actions

- Co-construction du projet de soins du patient intégrant les soins de réhabilitation psychosociale contribuant à son inclusion sociale (1.4-05).
- Garantir droits et sécurité des patients ; garantir pertinence et réévaluation des mesures de restriction de liberté... (2.1-05).
- Prévenir et repérer plus précocement les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques graves et chroniques (2.2-17).
- Garantir un accès précoce aux soins par la mise en place de dispositions structurées et connues (2.2-18).
- Renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, y compris dans la prévention et la gestion des moments de violence ; faciliter l'alliance thérapeutique (2.3-18).

Évaluation

- Évaluation par les équipes des délais d'accès aux soins (2.2-18).
- IQSS « Pratiques d'isolement et de contention mécanique » - en construction
- IQSS « Prise en charge somatique en établissement de santé » - en construction
- IQSS « Coordination entre l'hôpital et la ville » - en construction

Les points clés nécessitant une attention particulière des experts-visiteurs pendant la visite

Experts-visiteurs

Avec la gouvernance, **vous aborderez** le sujet de son inscription dans une dynamique de PTSM.

Avec les équipes, **vous évalueriez** la collaboration avec la médecine générale de ville et l'accès précoce aux soins psychiques.

 L'enjeu est de réorganiser santé mentale et psychiatrie au niveau du territoire, de réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité ; **vous vous assurez** auprès de la gouvernance que les 6 priorités du PTSM sont déclinées :

- repérage précoce ;
- parcours de santé et de vie. Rétablissement et insertion sociale ;
- Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale ;
- promotion des droits. Pourvoir d'agir. Lutte contre la stigmatisation ;
- accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés.

1. Sept critères spécifiques au champ de la psychiatrie

- 1 L'ES est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM) - cf. Critère 3.1-03, Audit système
- 2 Collaboration des services ambulatoires de psychiatrie avec la médecine générale de ville - cf. Critère 3.1-04, Parcours Traceur
- 3 Accès précoce aux soins psychiques - cf. Critère 2.2-18, Parcours Traceur
- 4 Examen somatique* - Critère 2.2-17, Parcours Traceur
- 5 Gestion des récidives des épisodes de violence - cf. Critère 2.3-18, Parcours Traceur
- 6 Pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté* - Critère 2.1-05, Patient Traceur
- 7 Inclusion sociale - cf. Critère 1.4-05, Patient Traceur

2. Inscription de l'ES dans une dynamique de Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

- Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (Art.69)
- Élaboré et mis en œuvre à l'initiative des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale
- Diagnostic territorial partagé
- Contrat territorial de santé mentale

Axes prioritaires du PTSM :

- 6 priorités prévues par décret autour des parcours de santé et de vie des personnes

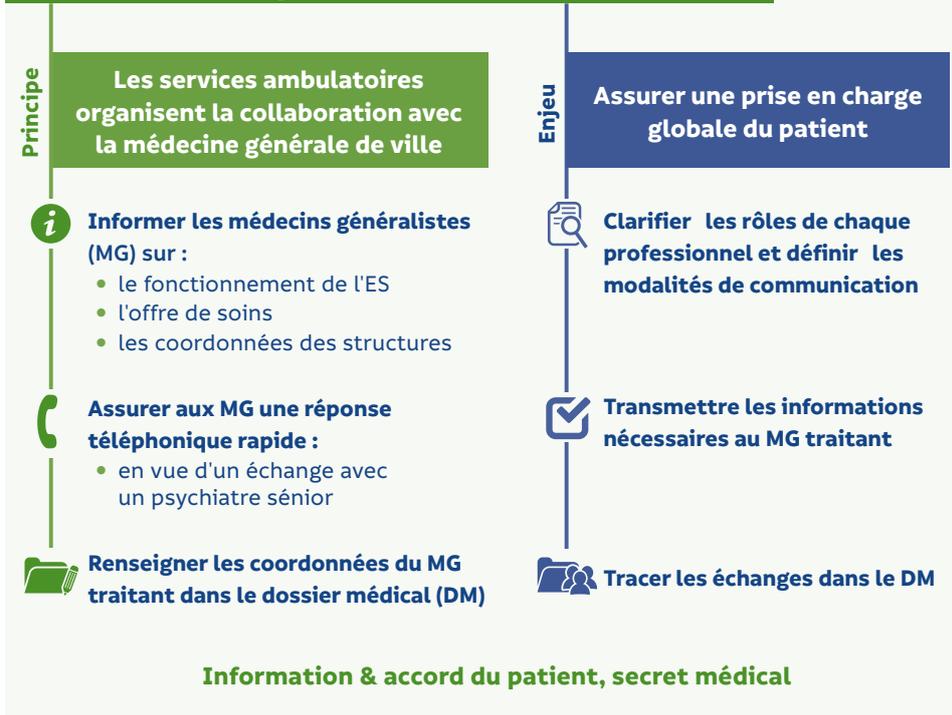


Vous vous assurez qu'il existe une collaboration entre les établissements autorisés en psychiatrie et la médecine générale de ville ; pour assurer la continuité des soins, pour une prise en charge globale du patient, articulant le suivi des troubles psychiques et les éventuelles comorbidités somatiques associées. Les modalités de cette collaboration doivent être structurées.

Le médecin généraliste doit pouvoir accéder à un avis spécialisé ou à un adressage. Pour cela, **vous vérifierez** que des informations sur le fonctionnement de l'ES et sur son offre de soins sont disponibles et qu'un accès téléphonique à un psychiatre sénior de l'établissement est possible, et que le suivi conjoint des patients doit également pouvoir être assuré.

Tout cela dans le respect du principe d'information du patient, de recherche de son accord. Si le patient n'a pas de médecin traitant, il est informé de l'importance d'en désigner un et il lui est proposé de l'accompagner dans cette démarche.

3. Mise en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville



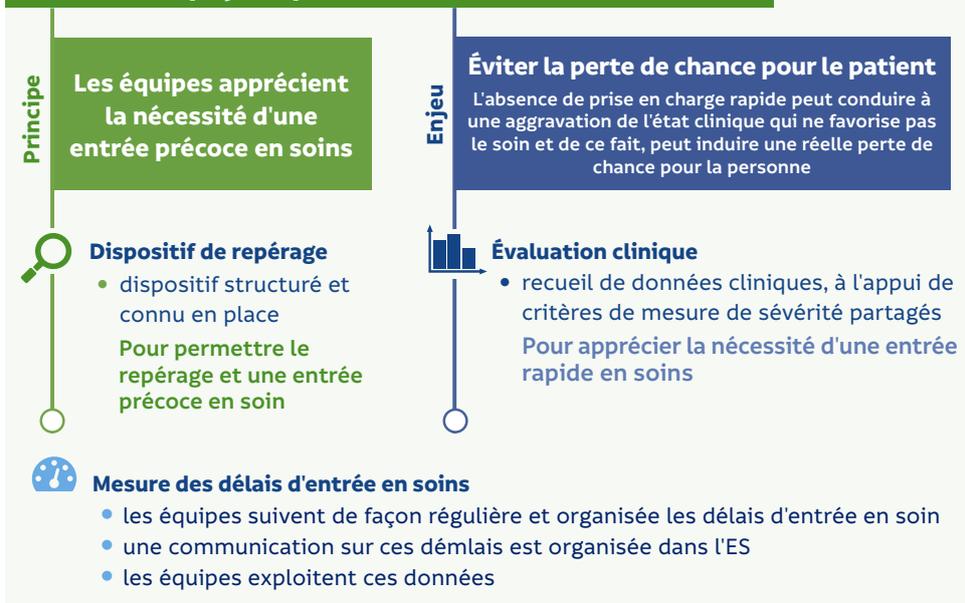
Vous apprécierez la manière dont le ou les services ambulatoires se sont organisés pour faciliter un accès précoce au soin.

Pour ce faire, **vous devrez porter une attention** à l'existence de dispositifs de repérage, d'évaluation clinique des situations qui requièrent la mise en œuvre d'une prise en charge rapide ;

Vous aborderez aussi avec les équipes la manière dont elles mesurent, suivent, exploitent les délais d'entrée en soins, pour les améliorer en cas de besoin.

Plus globalement, l'enjeu de ces dispositifs et modalités est d'éviter toute perte de chance à un patient dont la situation clinique nécessite une entrée rapide en soins.

4. Prise en charge ambulatoire : un accès précoce aux soins psychiques





Pour tout patient et tout type d'hospitalisation, la dimension somatique ne doit en aucun cas être négligée. Notamment parce que les intrications entre pathologies psychiatriques et somatiques sont connues, du fait, du mode de vie, des effets secondaires des traitements, notamment antipsychotiques et du fait d'une non-reconnaissance fréquente des problèmes de santé physique.

Sur ce sujet qui fait partie des critères impératifs, **vous devez porter une attention** pour les patients hospitalisés sur :

- l'examen somatique d'entrée ;
- le suivi somatique ;
- sur le lien avec le Médecin Traitant si le patient a un médecin traitant, ou sinon sur l'organisation mise en place pour garantir le suivi somatique du patient ;
- sur la lettre de liaison à la sortie qui doit intégrer les éléments du suivi somatique.

Enfin, **vous devez être attentifs** à l'organisation en place pour assurer la surveillance somatique dans le cadre des soins sans consentement et surtout en cas d'isolement et, à fortiori, de contention.

Et **vous porterez une attention particulière** sur l'existence d'une organisation qui, dans le cadre du PTSM, vise à favoriser l'accès des patients à un médecin traitant.

5. L'examen somatique réalisé pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

Principe

Pour tout patient et tout type d'hospitalisation, la dimension somatique ne doit en aucun cas être négligée

Enjeu

Garantir l'accès aux soins somatiques et le suivi somatique

Lors d'une hospitalisation à temps plein

- examen somatique réalisé dans les premiers temps de l'hospitalisation
- pour les soins sans consentement, cet examen somatique d'entrée est réalisé dans les premières 24h
- le cas échéant, un plan de PEC somatique est établi
- **à la sortie** : compte-rendu de sortie/lettre de liaison intégrant les éléments du suivi somatique
- **le patient est alerté et informé sur les risques somatiques**
- **médecin traitant (MT) :**
 - si le patient a désigné un MT, avec l'accord du patient :
 - coordonnées MT renseignées dans son dossier médical,
 - informations nécessaires à sa PEC transmises à son MT.
 - si le patient n'a pas de MT : **PTSM**
 - il est informé de l'importance d'en désigner un,
 - il lui est proposé de l'accompagner dans cette démarche.
- **les éléments du suivi somatique sont tracés dans le dossier médical du patient**

Dans le cadre d'une prise en charge en ambulatoire

- l'équipe de psychiatrie est vigilante sur l'état de santé somatique du patient et fait le lien avec son médecin traitant
- l'établissement a mis en place des modalités de suivi somatique pour les patients qui n'ont pas désigné de médecin traitant

 **Vous apprécierez** la manière dont les équipes préviennent et prennent en charge les moments de violence pouvant intervenir dans l'évolution clinique de l'état de santé du patient. L'enjeu est de renforcer la place et le rôle du patient dans sa prise en charge, y compris pour prévenir et gérer les moments de violence.

Pour ce faire, **vous vous assurerez** que les équipes ont conçu des solutions de prévention et de gestion des moments de violence.

Vous aborderez aussi avec les équipes la manière dont elles travaillent avec les patients qui en ont besoin et qui le souhaitent, sur : les circonstances pouvant entraîner des situations de violence, les signes avant-coureurs et les stratégies d'apaisement qui peuvent être mises en place.

6. La gestion des récurrences d'épisodes de violence anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé

Principe

Les équipes gèrent avec le patient la prévention et la gestion des moments de violence



Solutions de prévention et de gestion construites en équipe

- réflexion partagée
- formation
- évaluations et ajustements pour améliorer les pratiques

- Définition des valeurs et d'une philosophie du soin partagées
- Recherche d'une alliance thérapeutique avec et pour le patient
- Réflexion sur ce qui sous-tend les épisodes de violence
- Capacité d'alerte, compréhension partagée des situations, capacité à faire face les patients qui n'ont pas désigné de médecin traitant

Enjeu

Renforcer la place et le rôle du patient dans sa PEC, y compris pour prévenir et gérer les moments de violence



Un plan de prévention partagé élaboré par le patient

Pour les patients qui en ont besoin et qui le souhaitent

- circonstances pouvant entraîner des pertes de contrôle
- signes avant-coureurs
- stratégies d'apaisement
- personnes ressources

 **Vous devrez valider** que la pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée. **C'est un critère impératif.**

Toute mesure restrictive de liberté est une décision médicale, c'est-à-dire :

- fondée sur des arguments cliniques en lien avec la nécessité de protéger le patient et/ou les autres ;
- elle est tracée dans le dossier ;
- elle fait état des mesures alternatives.

Une continuité médicale est organisée pour garantir la faisabilité de cette décision médicale.

La contention et l'isolement sont réévalués selon une périodicité réglementaire. Les autres restrictions de liberté sont systématiquement évoquées et réévaluées en réunion d'équipe. L'absence de mesure restrictive de liberté est clairement affichée comme la règle générale, les restrictions comme des exceptions individuelles

Attention donc dans vos investigations aux règlements intérieurs privatifs de liberté, c'est typiquement ce que l'on ne veut plus voir.

7. Pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté

Principe

Les mesures restrictives de liberté sont des exceptions individuelles



Informier le patient

- conséquence d'une décision médicale individuelle
- motifs et durée expliqués



Évaluation et réévaluation

- contention et isolement : réévalués selon périodicité réglementaire
- autres restrictions réévalués en réunion d'équipe

Enjeu

C'est la liberté qui prévaut



Décision médicale

- argumentée, tracée, réévaluée
- fait état des mesures alternatives



Après échec des mesures alternatives, analyse bénéfique/risque en équipe

- les équipes appliquent les mesures alternatives, la désescalade et tiennent compte des impacts traumatiques des mesures d'isolement et de contention
- le bénéfice/risque est discuté en équipe

Critère 1.2-06 : le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale. Non spécifique psychiatrie santé mentale > Champ d'application - Tout l'établissement

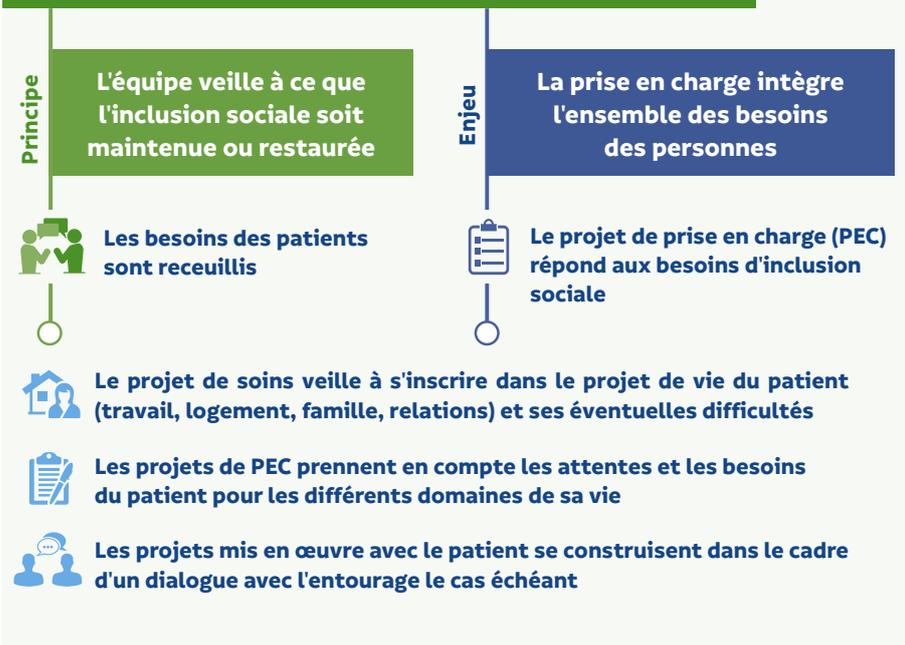
 **Vous apprécierez** la manière dont les équipes coconstruisent avec le patient un projet de soins tenant compte des besoins, attentes et aspirations exprimées par le patient en matière de maintien d'accès à l'intégration sociale.

Pour ce faire, 2 éléments d'évaluation que **vous vérifierez** :

- auprès du patient qu'il est interrogé sur ses attentes et besoins en termes d'inclusion sociale ; et lors d'un échange avec l'équipe de soins, vous vérifierez que les professionnels connaissent le contexte de vie du patient, qu'un projet de soins et d'accompagnement personnalisé est coconstruit avec lui, intégrant notamment des objectifs de socialisation : accès à un logement adapté, au monde du travail, à la vie de la cité ;
- aux services publics, aux activités culturelles et sportives...

Un point d'attention : l'entourage n'est associé aux échanges sur le projet de soins et d'accompagnement qu'avec l'accord du patient.

8. Un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner l'inclusion sociale dans le cas où l'état de santé le nécessite



Pour aller plus loin

Références documentaires

- Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.
- Instruction N°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.
- JO n°0136 du 04/06/2020 - Contrôleur général des lieux de privation de liberté- Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Références légales et réglementaires

- Art. D. 6124-466.

Autres références

- Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires – ANAP, 2019.

Retrouvez tous nos travaux et abonnez-vous à l'actualité de la HAS
www.has-sante.fr

