



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Note d'information n° DGOS/P3/2026/38 du 7 avril 2026 relative aux cahiers des charges des modes de prise en charge en psychiatrie

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : SFHH2606610N (numéro interne : 2026/38)
Date de signature	07/04/2026
Emetteurs	Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
Objet	La présente note a pour objet de diffuser les cahiers des charges de cinq modes de prise en charge en psychiatrie : les centres médico-psychologiques, les centres d'activités thérapeutiques et de temps de groupe, les hôpitaux de jour, les appartements thérapeutiques ainsi que les centres de soins post-aigus.
Contact utile	Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital Bureau de la prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables (P3) Emma LUCCIONI Tél. : 07 61 44 74 94 Mél. : emma.luccioni@sante.gouv.fr dgos-p3@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	3 pages et 6 annexes (14 pages) Annexe I : Préambule commun à l'ensemble des cahiers des charges Annexe II : Cahier des charges des centres médico-psychologiques (CMP) Annexe III : Cahier des charges des centres d'activités thérapeutiques et des temps de groupes (CATTG) Annexe IV : Cahier des charges des hôpitaux de jour (HDJ) Annexe V : Cahier des charges des appartements thérapeutiques (AT) Annexe VI : Cahier des charges des centres de soins post-aigus (CeSPA)

Résumé	Les cahiers des charges de ces cinq modes de prise en charge ont été travaillés avec l'ensemble des acteurs de la psychiatrie. Ils ont vocation à homogénéiser le fonctionnement de ces structures sur l'ensemble du territoire.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de Saint-Pierre-et-Miquelon, des Terres australes et antarctiques françaises et des îles de Wallis-et-Futuna.
Mots-clés	Psychiatrie ; Cahier des charges ; Mode de prise en charge.
Classement thématique	Etablissement de santé / Organisation
Texte de référence	Arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique
Rediffusion locale	Etablissements de santé
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 20 mars 2026 - N° 27	
Publiée au BO	Oui

1. Contexte

Dans le cadre du nouveau régime des autorisations, entré en vigueur le 1^{er} juin 2023, les établissements sont autorisés par mention. Elles sont au nombre de quatre : mention psychiatrie de l'adulte, mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mention psychiatrie périnatale et mention soins sans consentement. Pour chacune de ces mentions, l'établissement doit pouvoir proposer trois formes de prise en charge (sur site ou par convention) : des séjours à temps complet, des séjours à temps partiel et des soins ambulatoires.

Des travaux ont été engagés par la DGOS afin d'identifier les modes de prise en charge qui permettraient de répondre aux exigences pour chacune de ces formes de prise en charge.

L'arrêté du 4 juillet 2025¹ définit ainsi ces modes de prise en charge.

2. Travaux relatifs aux cahiers des charges

Au-delà des définitions précisées par l'arrêté, les travaux se sont poursuivis afin de rédiger des cahiers des charges pour chacun des modes de prise en charge.

Deux groupes de travail ont été constitués afin de travailler les cahiers des charges des CMP, des CATTG, des HDJ, des AT et des CeSPA qui font l'objet de la présente note.

Ces textes ont été travaillés en lien avec les fédérations, les agences régionales de santé, les représentants des usagers et des familles, les représentants des professionnels, l'Association des établissements du service public de santé mentale, l'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues ainsi que la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers spécialisés.

¹ Arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique.

Ils sont composés :

- D'un rappel des principes généraux qui ont été inscrits dans le code de la santé publique par le nouveau régime des autorisations de psychiatrie et qui s'appliquent à l'ensemble des modes de prise en charge ;
- D'éléments spécifiques à chaque mode de prise en charge concernant ses missions, son public cible, son inscription dans le parcours de soins et son fonctionnement.

Ces cahiers des charges ont vocation à homogénéiser le fonctionnement de ces cinq modes de prise en charge en établissant un socle commun à tous. Pour autant, une certaine souplesse doit pouvoir être assurée afin de s'adapter au territoire concerné, à la population suivie et aux ressources disponibles.

Les cahiers des charges doivent être partagés à l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie.

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe à la directrice générale de l'offre de soins,

A rectangular box containing a stylized signature in black ink that reads "Signé".

Julie POUGHEON

Annexe I

Préambule commun à l'ensemble des cahiers des charges

En préambule du cahier des charges, il est nécessaire de rappeler les principes généraux énoncés dans le nouveau régime des autorisations et qui s'appliquent à l'ensemble des modes de prise en charge.

- Art. D. 6124-248 - L'organisation générale, le matériel et les locaux du titulaire de l'autorisation sont adaptés à la nature et au volume des prises en charge.
- Art. D. 6124-249 - La présence d'un psychiatre est assurée sur site ou en astreinte dans des délais d'intervention compatibles avec la sécurité des soins.
- Art. D. 6124-252 - Le titulaire de l'autorisation organise un plan de développement des compétences pluriannuel des professionnels adapté aux publics pris en charge.
- Art. D. 6124-253 - Le titulaire de l'autorisation dispose des équipements permettant de dispenser une activité de télésanté.
- Art. D. 6124-255 - Le titulaire de l'autorisation s'assure du recueil et de l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.
- Art. R. 6123-180 - Le titulaire de l'autorisation assure la continuité des soins, notamment en organisant l'orientation des patients vers une autre forme de prise en charge.
- Art. R. 6123-181.-I - Le titulaire de l'autorisation prend en charge le patient dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé. Ce parcours de soins prévoit une prise en charge adaptée aux besoins du patient aux différentes étapes du parcours intégrant la gradation des soins. Le cas échéant, il propose au patient et à son entourage des programmes ou des actions d'éducation thérapeutique. Le titulaire de l'autorisation organise, en cas de besoin lié à des situations complexes, des réunions de concertation pluridisciplinaires traitant du projet de soins des patients concernés.
- Art. R. 6123-182 - Le titulaire de l'autorisation concourt à la réinsertion et à l'inclusion sociale du patient pris en charge, en lien notamment avec d'autres établissements de santé, sociaux ou médico-sociaux, services ou personnes mentionnés au [code de la santé publique](#) et au [code de l'action sociale et des familles](#). À ce titre, le titulaire de l'autorisation permet l'accès aux patients, en fonction de leur situation clinique, à des soins de réhabilitation psychosociale.
- Art. R. 6123-183 - Les soins de psychiatrie s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients. Dans ce cadre, le titulaire de l'autorisation contribue à organiser, en lien avec les titulaires d'autorisation d'autres activités de soins et les professionnels de premiers recours, l'accès aux soins somatiques, quelle que soit la forme de prise en charge du patient.
- Art. R. 6123-184 - Le titulaire de l'autorisation organise la prise en charge des comorbidités addictives. Il organise l'accès du patient à des compétences de médecine et de soins médicaux et de réadaptation adaptées à ces comorbidités.

Par ailleurs, l'établissement veille à ce que les modes de prise en charge soient accessibles en proximité du domicile du patient.

Annexe II

Cahier des charges des centres médico-psychologiques (CMP)

1. Définition

Le centre médico-psychologique est défini dans l'arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé, comme un dispositif de soins spécialisés de proximité, pivot de l'organisation des soins de secteur, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, pour tout patient nécessitant une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle assurant l'accueil, l'orientation, le diagnostic, le repérage, les soins et la prévention secondaire et tertiaire. La prise en charge se fait par la réalisation d'entretiens, de bilans et d'accompagnements du patient avec, en cas de besoin, des interventions à domicile. Des antennes peuvent être déployées afin de faciliter l'accès sur les territoires.

2. Missions

Les missions du CMP sont multiples :

- Accueillir toute personne et/ou son entourage se présentant dans la structure et proposer une évaluation non médicale (IDE, IPA, psychologue, etc.) et/ou médicale dans un délai raisonnable et adapté à son état clinique - via l'organisation des soins non programmés ;
- Repérer les troubles émergents ou caractérisés, poser des diagnostics et proposer l'orientation de prise en charge la plus adaptée à la situation (suivi ambulatoire, hospitalisation à temps partiel ou à temps complet, relai avec les professionnels de premier recours, la psychiatrie libérale ou les secteurs du social et du médico-social) ;
- Assurer des soins spécialisés en équipe pluriprofessionnelle ;
- Mettre en place des actions de prévention secondaire (telles que des actions de repérage et de prise en charge précoce des troubles psychiques) et tertiaire (telles que des actions d'accompagnement visant la meilleure socialisation et inclusion possible des patients) ;
- Coordonner le parcours de soins psychiatriques du patient, en lien avec son médecin traitant et les médecins spécialistes pour une prise en charge somatique adaptée si nécessaire. Un recours à des équipes spécialisées de psychiatrie est possible pour des séquences spécifiques de soins ou des professionnels de ville ;
- Prévenir le risque de rupture de suivi et de soin et assurer le relai auprès des partenaires impliqués dans son parcours de soin et de vie ;
- Participer à la réponse territoriale aux besoins de soins non programmés, aux situations de crise et à l'organisation de la prise en charge des urgences. Cette organisation se fait en lien avec le PTSM et le service d'accès aux soins (SAS) - plus spécifiquement la filière psychiatrique du SAS lorsqu'elle existe. Le rôle d'accueil non programmé du CMP peut être réalisé en propre sur son site ou en lien avec d'autres acteurs du territoire (centre d'accueil et de crise, équipes mobiles de crise, etc.).

3. Public cible

Le CMP prend en charge des majeurs, ainsi que des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'organisation des soins devra s'adapter, le cas échéant et sous réserve des contraintes médicales, à l'organisation de la scolarité du patient.

Le CMP peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement. Cette prise en charge se fait alors dans le cadre d'un programme de soins.

4. Intégration dans le parcours de soins

Le CMP peut assurer des soins après orientation par tout professionnel du secteur sanitaire, médico-social ou social. Il peut également s'agir d'un auto-adressage du patient ou de son proche.

Le CMP se présente comme la porte d'entrée à privilégier et le pivot des soins spécialisés en psychiatrie. Il s'inscrit à un échelon sectoriel, sauf en cas de thématiques spécifiques (addictologie, psychiatrie de la personne âgée, etc.) qui peuvent s'appréhender à un niveau intersectoriel.

Dans une logique de gradation des soins et de diversification des réponses proposées, le CMP se situe à l'interface entre :

- les professionnels de premier recours (notamment les médecins généralistes) qui assurent la prise en charge et le suivi de souffrances psychologiques voire de troubles psychiatriques d'intensité légère à modérée ;
- et les dispositifs plus intensifs (tels que les hôpitaux de jour ou les modes de prise en charge à temps complet) qui ont vocation à prendre en charge des troubles d'intensité plus sévère et les phases plus aiguës des parcours.

Afin d'assurer l'ensemble de ses missions, le CMP est en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux du premier recours (notamment les CPTS), du secteur sanitaire, médico-social et social dans le respect de l'organisation et du périmètre de financement de chaque acteur.

Des réunions cliniques pluriprofessionnelles régulières assurent la coordination des suivis avec les autres acteurs du parcours de soins et en identifient les risques de rupture.

La conduite à tenir en cas de rupture de soins est définie et ses modalités sont prévues avec le patient sous forme de mesures anticipées (contact du généraliste ou de tiers, visite au domicile, etc.). Une attention est portée sur les périodes de relais de prise en charge (sorties d'hospitalisation, relais de transition entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle des adultes, entre celle des adultes et la psychiatrie de la personne âgée, etc.) tant sur le plan médical que social (hébergement, ressources, emploi, protection des biens, etc.).

5. Fonctionnement de la structure

La prise en charge en CMP est effectuée sur une durée déterminée dans le cadre du projet de soins individualisé. Ce dernier est réévalué de façon systématique par l'équipe pluriprofessionnelle, sous la responsabilité du psychiatre référent, et peut donner lieu à un renouvellement de la prise en charge ou une réorientation vers d'autres dispositifs de soin en accord avec le patient.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle.

Le plus souvent, et lorsque nécessaire, l'accueil de la personne prévoit à court terme un entretien d'évaluation et d'orientation de préférence sur rendez-vous et réalisé par un des professionnels non médicaux du CMP (le plus souvent un infirmier). Les rendez-vous spécialisés sont par la suite proposés dans des délais adaptés à l'état clinique du patient.

Les modalités d'interventions des professionnels du CMP sont les suivantes :

- Sur le site du CMP ou ses antennes ;
- En cas de besoin à domicile ;
- Auprès d'institutions ou d'établissements nécessitant un appui ponctuel (établissements scolaires par exemple).

Les temps de professionnels peuvent être partagés avec d'autres structures ou modes de prise en charge, notamment les centres d'activités thérapeutiques et de temps de groupe ou les hôpitaux de jour.

Annexe III

Cahier des charges des centres d'activités thérapeutiques et des temps de groupes (CATTG)

1. Définition

Le centre d'activités thérapeutiques et de temps de groupe est défini dans l'arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé, comme un dispositif de prise en charge en groupe de patients sous forme d'activités de soins. Les soins visent une amélioration de la symptomatologie des patients, de leur autonomie et de leur qualité de vie. L'orientation des patients se fait principalement par le centre médico-psychologique.

2. Missions

Les missions du CATTG sont d'assurer des prises en charge de groupe - en complément de leurs prises en charge individuelles - s'inscrivant dans un parcours personnalisé pour chaque patient, d'assurer le lien avec les partenaires du parcours de soins tout en favorisant l'intégration des proches et des aidants dans le respect de la volonté du patient.

3. Public cible

Le CATTG prend en charge des majeurs et des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'organisation des soins devra s'adapter, le cas échéant et sous réserve des contraintes médicales, à l'organisation de la scolarité du patient.

Le CATTG peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement. Cette prise en charge se fait alors dans le cadre d'un programme de soins.

4. Intégration dans le parcours de soins

Le CATTG dispense des soins sur prescription médicale. Ainsi, le patient est le plus souvent orienté après un passage en CMP, mais peut également être orienté après un passage en HDJ, en hospitalisation complète, ou par les acteurs de soins intervenant dans le parcours de soins gradué et individualisé du patient (notamment les psychiatres libéraux).

Le suivi en CATTG se fait par ailleurs le plus souvent en complément d'une prise en charge en CMP.

5. Fonctionnement de la structure

Le CATTG relève d'une unité dédiée, distincte du CMP et de l'HDJ.

La prise en charge en CATTG se fait sur une durée déterminée dans le cadre du projet de soins individualisé. Ce dernier est réévalué de façon systématique et peut donner lieu à un renouvellement de la prise en charge.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle.

Les temps de professionnels peuvent être partagés avec d'autres modes de prise en charge, notamment l'hôpital de jour de l'établissement.

En fonction du projet de soins et des indications posées par l'équipe pluriprofessionnelle, le patient se voit proposer de participer à des groupes qui peuvent être structurés :

- Autour d'activités thérapeutiques telles que gestion du stress, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation, remédiation cognitive etc., mobilisant des techniques validées et probantes telles que les thérapies cognitives et comportementales, les approches psychothérapeutiques spécifiques, etc. Cette liste n'a pas vocation à être exhaustive et peut être étayée autant que de besoins par les professionnels au regard des besoins cliniques identifiés et de l'évolution des connaissances.
- Autour d'activités à médiation dont l'intention ne doit pas être strictement occupationnelle (comme cela peut se faire dans les accueils de jour médico-sociaux par exemple ou les groupes d'entraide mutuelle), qui doivent être réalisées en présence de professionnels de santé et s'inscrire dans des mises en situation écologiques (dans le réel) permettant aux patients de mettre en pratique leurs acquis : activités artistiques, activités physiques, jardinage, etc.

Par ailleurs, des temps d'accueil pour les patients suivis par le CATTG peuvent leur être proposés.

Ces groupes s'inscrivent dans un objectif de rétablissement et d'autonomisation.

Ces groupes peuvent être organisés selon un mode de groupes ouverts (accessibles à la séance) et/ou de groupes fermés (accessibles selon un programme spécifique). Les patients peuvent, autant que de besoin, participer à plusieurs groupes en parallèle ou successivement.

Si la grande majorité des soins dispensés en CATTG relèvent de temps de groupes, des prises en charge individuelles ponctuelles restent possibles s'il est établi un besoin identifié dans son projet de soins.

Toutefois, le suivi des patients (via des consultations médicales, infirmières, psychologiques par exemple) ne se fait pas au sein du CATTG. Il est réalisé en fonction des situations au sein du CMP, en ville ou en consultation externe par exemple.

Les séquences de soins plus denses avec plusieurs entretiens ou activités thérapeutiques réalisés par demi-journées avec une intensité particulière relèvent plus généralement des HDJ.

La conduite à tenir en cas de rupture de soins est définie et ses modalités sont anticipées avec le patient sous forme de mesures anticipées (contact du médecin généraliste et/ou du médecin adresseur, du tiers, visite au domicile, etc.). Une attention est portée sur les périodes de relais de prise en charge (sorties d'hospitalisation, relais psychiatrie infanto-juvénile/générale/personnes âgées, etc.) tant sur le plan médical que social (hébergement, ressources, protection des biens, etc.).

Des réunions cliniques pluriprofessionnelles régulières assurent la coordination des suivis avec les autres acteurs du parcours de soins et en identifient les risques de rupture.

Le projet de soins établi pour le patient est transmis avec son accord au professionnel adresseur au début de la prise en charge et à chaque fois qu'il est modifié.

Annexe IV

Cahier des charges des hôpitaux de jour (HDJ)

1. Définition

L'hôpital de jour est défini dans l'arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé, comme un dispositif de prise en charge thérapeutique intensive de patients pour lesquels des soins ambulatoires s'avèrent insuffisants en raison de leur état clinique. Cette prise en charge pluriprofessionnelle peut constituer une alternative à l'hospitalisation complète. Elle se fait sur une demi-journée ou une journée.

2. Missions

Les missions de l'HDJ sont les suivantes :

- Évaluer la situation globale du patient ;
- Définir un projet de soins personnalisé ;
- Assurer des soins spécialisés pluriprofessionnels ;
- Intégrer les proches, les aidants du patient dans le parcours de prise en charge lorsque cela est nécessaire ;
- Organiser en cas de besoin le relai du soin ou de l'accompagnement du patient, avec les partenaires adaptés.

3. Public cible

L'HDJ prend en charge des majeurs et des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'organisation des soins devra s'adapter, le cas échéant et sous réserve des contraintes médicales, à l'organisation de la scolarité du patient.

L'HDJ peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement. Cette prise en charge se fait alors dans le cadre d'un programme de soins.

L'HDJ prend en charge des patients qui nécessitent un suivi plus intensif ou plus complexe qu'en ambulatoire.

4. Inscription dans le parcours de soins

L'HDJ dispense des séquences spécifiques de soins, qui peuvent compléter des soins dispensés dans d'autres modes de prise en charge.

Il s'agit d'un dispositif qui s'intègre dans le parcours de soins gradué du patient majeur ou mineur et qui peut intervenir :

- Après une prise en charge en hospitalisation complète (afin de poursuivre la stabilisation du patient en dehors de l'unité d'hospitalisation temps plein) ;
- En amont de l'hospitalisation complète (afin de la prévenir) ;
- En alternative à l'hospitalisation complète.

L'HDJ peut aussi être un mode de prise en charge permettant l'accès à des bilans, ou soins spécifiques non disponibles en ambulatoire et ne nécessitant pas une hospitalisation complète.

5. Fonctionnement de la structure

La prise en charge en HDJ se fait sur une durée déterminée dans le cadre du projet de soins. Ce dernier est réévalué de façon systématique par l'équipe pluriprofessionnelle et peut donner lieu à un renouvellement de la prise en charge. La prise en charge en HDJ se fait sur une demi-journée ou une journée complète. Le patient peut se rendre à l'HDJ plusieurs demi-journées par semaine, à fréquence régulière, et ce, autant que de besoin.

Il existe plusieurs types d'HDJ, notamment :

- Des HDJ polyvalents ;
- Des HDJ spécialisés. Cette spécialisation peut être relative :
 - o A l'intensité de la prise en charge (avec une prise en charge de crise par exemple) ;
 - o A certaines thématiques (sur la prise en charge du psychotraumatisme par exemple) ;
 - o A certaines modalités de soins.

La durée de prise en charge du patient est déterminée par les objectifs de soins, eux-mêmes déterminés par le projet de soins individualisé en accord avec le patient.

Au sein de l'HDJ, le patient se voit proposer :

- Des entretiens avec les soignants ;
- Des activités thérapeutiques en individuel ou en groupe :
 - o Des activités thérapeutiques telles que gestion du stress, entraînement aux habiletés sociales, psychoéducation, remédiation cognitive etc., mobilisant des techniques validées et probantes telles que les thérapies cognitives et comportementales, les approches psychothérapeutiques spécifiques, etc. Cette liste n'a pas vocation à être exhaustive et peut être étayée autant que de besoins par les professionnels au regard des besoins cliniques identifiés et de l'évolution des connaissances.
 - o Des activités à médiation dont l'intention ne doit pas être strictement occupationnelle (comme cela peut se faire dans les accueils de jour médico-sociaux par exemple ou les groupes d'entraide mutuelle), qui doivent être réalisées en présence de professionnels de santé et s'inscrire dans des mises en situation écologiques (dans le réel) permettant aux patients de mettre en pratique leurs acquis : activités artistiques, activités physiques, jardinage, etc.

Chaque séquence de soins est composée de plusieurs entretiens et/ou activités.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle.

Les temps de professionnels peuvent être partagés avec d'autres modes de prise en charge, notamment le CATTG ou le CMP de l'établissement.

L'HDJ fait le lien avec les acteurs nécessaires afin d'assurer la prise en charge somatique des patients.

La conduite à tenir en cas de rupture de soins est définie et ses modalités sont anticipées avec le patient sous forme de mesures anticipées (contact du médecin généraliste et/ou de l'adresser, de tiers, visite au domicile, etc.). Une attention est portée sur les périodes de relais de prise en charge (sorties d'hospitalisation, relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent/général/personnes âgées, etc.) tant sur le plan médical que social (hébergement, ressources, protection des biens, etc.).

Des réunions cliniques pluriprofessionnelles régulières assurent la coordination des suivis avec les autres acteurs du parcours de soins et en identifient les risques de rupture.

Annexe V

Cahier des charges des appartements thérapeutiques (AT)

1. Définition

L'appartement thérapeutique est défini dans l'arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé, comme un dispositif tiers de soins avec hébergement permettant la prise en charge de patients ayant besoin de soutien à l'autonomie, en vue de la consolidation de leur état de santé. La présence continue d'une équipe est assurée auprès du patient.

2. Missions

La prise en charge en appartement thérapeutique répond à un objectif de rétablissement et de réinsertion sociale du patient, tout en consolidant son état de santé.

L'objectif est triple : préparer les patients à gérer leur vie quotidienne (en étant centré sur l'apprentissage de l'autonomie dans tous les actes de la vie courante), les accompagner dans leur projet d'insertion sociale dans la cité et en cas de besoin dans leur projet professionnel.

Cette prise en charge vise la réduction de la chronicisation des situations à l'hôpital tout en créant des ponts multiples vers l'extérieur avec les différents acteurs impliqués dans le parcours de soin et de vie du patient.

3. Public cible

L'AT prend en charge des patients stabilisés avec un projet de soins et de vie mais dont l'état de santé ne permet pas un retour à domicile de façon autonome à court terme. Le patient doit être en capacité de vivre en communauté et de réaliser un certain nombre de tâches afin d'intégrer un appartement thérapeutique.

Peuvent être admises au sein d'un AT des personnes ayant ou non un logement.

L'établissement ne peut prendre en charge en AT que des patients pour lesquels il dispose des autorisations d'activité de soins correspondantes.

L'AT peut ainsi prendre en charge des mineurs sur la base d'un projet de soin et de vie et si les modalités d'accueil et de sécurité le permettent, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et que les appartements soient sur un autre lieu que ceux des adultes.

L'AT peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement. Cette prise en charge se fait alors dans le cadre d'un programme de soins.

4. Inscription dans le parcours de soin

L'AT prend majoritairement en charge des patients après un passage en hospitalisation à temps plein ou en centre de soins post-aigus. Il peut s'agir également de patients suivis à domicile en ambulatoire dont la modification de l'état de santé ne permet plus ce mode de prise en charge.

L'AT peut constituer une étape supplémentaire dans la réinsertion sociale et l'équipe pluriprofessionnelle sanitaire doit s'articuler pour cela avec les acteurs associatifs, sociaux et médico-sociaux du territoire pour faciliter la sortie du patient de l'appartement (le plus souvent vers un retour au domicile).

5. Fonctionnement de la structure

Dès son arrivée en AT, un projet de soins et de vie personnalisé est établi avec le patient, permettant de fixer les objectifs thérapeutiques. Sa réalisation s'inscrit dans la durée de séjour initiale prévue par la structure (à titre indicatif souvent entre 3 à 6 mois), à l'issue de laquelle un renouvellement peut être envisagé sur indication médicale et en fonction du bilan partagé avec l'équipe en charge du patient et celle qui l'a adressé.

Une présence est assurée en continu auprès des patients. Il peut s'agir de la présence de l'équipe soignante comme de la présence d'un maître de maison ou d'un veilleur de nuit.

Par ailleurs, une astreinte médicale (car il s'agit d'un séjour à temps complet et que des patients peuvent y être suivis en programme de soins) doit pouvoir être contactée en permanence par l'équipe présente au sein de l'AT, sans avoir besoin de passer par les urgences ou le SAMU.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle.

L'équipe peut être mutualisée autant que de besoin avec d'autres modes de prise en charge tels que les hôpitaux de jour ou les centres médico-psychologiques.

Les soins dispensés au sein de l'AT varient selon les besoins du patient et ce qui a été défini dans son projet de soins :

- Entretiens médicaux et paramédicaux ;
- Accompagnement du patient pour qu'il soit pris en charge par d'autres structures (sociales, médico-sociales ou sanitaires) ou pour l'accompagner dans la réalisation de ses démarches, quelles qu'elles soient ;
- Participation à des activités collectives (psychoéducation, groupes de parole, etc.).

La conduite à tenir en cas de rupture de soins est définie et ses modalités sont anticipées avec le patient sous forme de mesures anticipées (contact du médecin généraliste et/ou de l'adresser, de tiers, visite au domicile, etc.). Une attention est portée sur les périodes de relais de prise en charge (sorties d'hospitalisation, relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent /générale/personnes âgées, etc.) tant sur le plan médical que social (hébergement, ressources, protection des biens, etc.).

Toujours selon ses besoins, le patient peut être suivi dans le même temps en appartement thérapeutique et au sein d'un autre mode de prise en charge (tel que l'hôpital de jour, le centre médico-psychologique ou le centre d'activités thérapeutiques et de temps de groupes par exemple).

L'AT peut accueillir plusieurs patients. Le patient dispose d'une chambre individuelle et partage l'accès aux parties communes (cuisine, salon, salle de bain). Des règles de vie sont définies par l'établissement, les patients pouvant être associés à leur élaboration. Ces règles doivent être respectées par le patient, afin d'être maintenu dans l'AT.

L'appartement est rattaché juridiquement à un établissement autorisé en psychiatrie. Les équipes pluriprofessionnelles qui interviennent au sein de l'appartement sont celles de l'établissement.

L'établissement est propriétaire des appartements ou peut les louer à des particuliers ou des bailleurs sociaux. L'établissement a la charge de l'ameublement de l'appartement thérapeutique (chambres et parties communes).

Le patient dispose de ses propres clés et d'une liberté d'aller et venir au sein de l'appartement.

L'ensemble des frais sont à la charge de l'hôpital (frais de séjours, repas, blanchisserie). Dans le cadre de son projet de soins, le patient peut se voir attribuer un budget hebdomadaire pour la gestion de ses courses par exemple.

Annexe VI

Cahier des charges des centres de soins post-aigus (CeSPA)

1. Définition

Le centre de soins post-aigus est défini dans l'arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé, comme un dispositif de prise en charge de patients dont l'état de santé ne permet pas le retour à domicile après une hospitalisation à temps plein. Ce dispositif est destiné à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements en vue de la consolidation de l'état de santé du patient.

2. Missions

Le CeSPA a pour missions :

- De consolider l'état clinique du patient ;
- D'assurer de manière graduée des soins de réhabilitation psychosociale ;
- De favoriser et/ou de consolider la reprise des liens sociaux et éventuellement du lien avec le travail pour le patient ;
- De favoriser la récupération de l'autonomie du patient.

Ces missions sont assurées dans un objectif global de rétablissement et d'inscription dans un parcours de soins.

3. Public cible

Le CeSPA est adapté pour des patients stabilisés, qui ne sont plus dans la phase aiguë de leur maladie mais dont l'état de santé ne permet pas encore un retour à domicile. Le CeSPA prend en charge des majeurs et des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Un patient mineur ne peut partager sa chambre avec un patient majeur.

Le CeSPA peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement.

4. Inscription dans le parcours de soins

Le CeSPA n'a pas vocation à se substituer aux prises en charge assurées par les structures sociales et médico-sociales. Il se positionne en aval de l'hospitalisation temps plein et en amont du retour en milieu ordinaire et contribue à prévenir la chronicisation des patients et à les accompagner dans leur projet de soin et de vie.

Il s'agit d'une unité fonctionnelle de l'établissement, qui peut se trouver au sein de l'hôpital ou dans la cité.

Une proximité géographique raisonnable entre le territoire de vie et de soins du patient et le CeSPA sera recherchée afin de garantir l'inscription dans le parcours de soins et la réalité des partenariats entre le CeSPA et les acteurs et dispositifs assurant le suivi de la personne en aval du CeSPA.

5. Fonctionnement de la structure

Le projet thérapeutique est construit à partir d'une évaluation médico-psychosociale et/ou socio-professionnelle globale initiale et élaborée avec le patient : il fixe le rythme des réévaluations et prévoit la durée de son séjour. La durée de la prise en charge varie selon les patients de quelques semaines à plusieurs mois (généralement 3 mois), éventuellement ré-évaluable et reconduite sur indication médicale après un bilan partagé en équipe.

Ce projet thérapeutique peut intégrer des alternances de retour à domicile, dans un but de réinsertion et de maintien des liens de proximité.

Ce projet de soins se traduit par l'organisation d'entretiens, de groupes et d'activités thérapeutiques répondant aux données actualisées et conformes aux bonnes pratiques, selon un rythme soutenu afin de réduire ou prévenir les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales de la maladie et de faciliter la réadaptation des patients.

Au-delà de la prise en charge des comorbidités addictives mentionnées à l'article R. 6123-184 du code de la santé publique, le projet de soins intègre :

- La prise en charge des comorbidités somatiques éventuelles ;
- La prise en charge des comorbidités psychiatriques éventuelles ;
- La prise en compte des difficultés sur le plan social, familial ou professionnel.

Il s'appuie autant que de besoin sur la psychoéducation ou des programmes d'éducation thérapeutique du patient et peut mobiliser des pair-aidants professionnels.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle. Une présence soignante est assurée en continu auprès des patients. Les patients sont vus régulièrement par le psychiatre de l'unité.

La conduite à tenir en cas de rupture de soins est définie et ses modalités sont anticipées avec le patient sous forme de mesures anticipées (contact du médecin généraliste et/ou du médecin adresseur, d'un tiers, visite au domicile, etc.). Une attention est portée sur les périodes de relais de prise en charge (sorties d'hospitalisation, relais psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent/général/personnes âgées, etc.) tant sur le plan médical que social (hébergement, ressources, protection des biens, etc.).

S'agissant d'un séjour à temps complet, avec des patients pouvant également être en programme de soins, une astreinte médicale doit pouvoir être contactée en permanence par l'équipe présente au sein du CeSPA afin d'évaluer l'état clinique du patient et organiser sa prise en charge dans un lieu adapté, sans avoir besoin de passer par les urgences ou le SAMU.