

E.N.S.P

**INSPECTEURS DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES  
PROMOTION 1998-2000**

**L'AVENIR DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE  
INTERDEPARTEMENTAL D'AINAY LE CHATEAU**

***MONGEAT Jean-Paul***

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>p 1</b>
<b>PREMIERE PARTIE LE CHSI D'AINAY LE CHATEAU : UN ETABLISSEMENT ATYPIQUE DIFFIILEMENT APPREHENDABLE PAR LES OUTILS DE PLANIFICATION ET DE REGULATION DE L'OFFRE DE SOINS</b>	<b>p 4</b>
<b>CHAPITRE 1 une situation atypique héritée du passé</b>	<b>p 4</b>
<b>1.1.</b> la genèse de l'établissement	p 4
<b>1.2.</b> un statut juridique unique en France	p 5
<b>1.3.</b> présentation actuelle de l'établissement	p 7
1.3.1.l'activité	p 7
1.3.2.le recrutement des patients	p 8
<b>CHAPITRE 2 La nécessaire évolution de l'établissement</b>	<b>p 14</b>
<b>2.1.</b> sous l'effet des politiques publiques	p 14
2.1.1. l'incidence de la sectorisation de la psychiatrie sur le fonctionnement de l'établissement	p 14
2.1.2. conséquences des modifications intervenues dans la réglementations de l'Accueil familial	p 15
<b>2.2</b> sous l'effet de sa propre dynamique interne	p 18
2.2.1. l'effort d'ajustement et de mise aux normes des placements familiaux à partir de 1992	p 18
2.2.2. l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement	p 20
<b>CHAPITRE 3 L'insuffisance des mécanismes de contrôle et de régulation</b>	<b>p 23</b>
<b>3.1</b> un effort louable dans le domaine de la planification	p 23
3.1.1. la place de l'établissement dans le processus de planification en santé mentale	p 23
3.1.2. les effets de la planification	p 24
<b>3.2</b> une absence d'outil de pilotage et de suivi des politiques publiques	p 25
3.2.1. la faiblesse du dispositif d'évaluation des effets du schéma	p 26
3.2.2. les insuffisances du contrôle sur l'établissement	p 27

**DEUXIEME PARTIE LE CHSI DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE  
APPREHENSION FINE DE SA SPECIFICITE POUR SE VOIR ASSIGNER DES  
OBJECTIFS REALISABLES A TERME DEFINI** **p 29**

**CHAPITRE 1 L'identification des obstacles à une reconversion plus harmonieuse** **p 29**

- 1.1** une série d'obstacles connus de longue date p 29
  - 1.1.1. obstacles d'ordre sociologique, économique et politique p 29
  - 1.1.2. obstacles d'ordre médicaux p 31
  - 1.1.3. obstacles juridiques et réglementaires p 32
- 1.2** des difficultés plus idéologiques p 34
  - 1.2.1. les insuffisances de structures constatées en matière de prise en charge de la chronicité p 34
  - 1.2.2. les débats contradictoires quant à la place et au rôle de l'AFT dans la prise en charge de la chronicité p 34

**CHAPITRE 2 Les leviers pour une action incitative au changement** **p 37**

- 2.1** Les outils et mécanismes nouveaux introduits par les ordonnances « Juppé » du 24 avril 1996 p 37
  - 2.1.1. l'accréditation p 37
  - 2.1.2. la coopération hospitalière p 40
  - 2.1.3. la contractualisation p 45
- 2.2.** détermination d'une stratégie pour l'action p 46
  - 2.2.1. action et stratégie en matière de planification
  - 2.2.2. action et stratégie en matière de coopération p 47
  - 2.2.3 action et stratégie en matière de contractualisation p 49

## INTRODUCTION

La politique de santé mentale menée en France depuis le début des années 1970 a considérablement fait évoluer le paysage de la psychiatrie publique et il suffit de regarder la configuration actuelle des schémas régionaux et départementaux d'organisation de cette discipline pour mesurer le chemin parcouru en bientôt 30 ans. Depuis la mise en place de la sectorisation jusqu'à la récente tentative de diffusion de la psychiatrie dans les espaces de la société (espace de soins, socioculturels, professionnels), on mesure bien également toute la difficulté d'asseoir un dispositif pour lequel l'idéologie sert autant de moteur que les apports de la science médicale.

Il se trouve que le département de l'Allier entretient avec les « bredins » (désigne les fous en patois bourbonnais) un rapport particulier. La légende rapporte que Saint Menoux, évêque de Quimper au 13<sup>ème</sup> siècle séjourna dans le village de l'Allier qui porte son nom et que l'on venait de fort loin consulter le saint homme censé procurer soulagement et guérison aux migraineux et dépressifs. Après son passage, il suffisait de venir poser sa tête dans la fameuse « débredinoire », niche de pierre sise en l'église du village pour se débarrasser du grain de folie qui atteint parfois les hommes. La « débredinoire » existe toujours, elle est encore en usage mais le dispositif s'est étoffé dans l'ancienne province du Bourbonnais :

- d'abord par la création d'un asile psychiatrique départemental en application de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, le centre hospitalier spécialisé d'Yzeure, dont la débordante activité conduira à l'installation de quelques 800 lits, puis par le développement « naturel » d'embryon de service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux de Montluçon et de Vichy

- ensuite par l'installation en 1898, d'une colonie familiale à Ainay-le-Château à l'initiative du Département de la Seine qui souhaitait désengorger les asiles d'aliénés de la région parisienne. Ainsi donc, jusqu'à 1250 patients furent accueillis au domicile de familles d'accueil dans ce territoire très rural, situé aux confins des départements de l'Allier et du Cher en plein centre de la France.

Autant dire que le planificateur s'est trouvé, dans les années 80, avec un immense chantier de restructuration et de réorganisation de la psychiatrie publique à mettre en œuvre lorsque le Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, par une circulaire en date du 21 décembre 1987 a défini les règles d'une planification en santé mentale applicable à tous les départements français. Chaque département devait établir un schéma départemental d'organisation de la psychiatrie (SDO) avant le 31 décembre 1989 à la suite de quoi devait être composée la carte sanitaire régionale de cette discipline. Dans le département de l'Allier,

sous l'impulsion du médecin inspecteur et d'un inspecteur des affaires sanitaires et sociales particulièrement investis dans la conduite de ce projet, la mise en route du processus commença dès 1987 pour aboutir en décembre 1988 au premier schéma départemental d'organisation de la psychiatrie réalisé en France.

Reposant sur une large concertation avec les acteurs concernés, sur un diagnostic de la situation très précis et sur des objectifs réalistes faisant l'objet d'un consensus réel entre les structures hospitalières et les autorités de tutelles, le SDO de l'Allier a fait et fait toujours référence dans la conduite des restructurations hospitalières et dans la régulation de l'offre de soins en psychiatrie. A tel point que le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Auvergne de 1995 n'a fait que reprendre et amplifier, dans son volet relatif à la psychiatrie, les études départementales conduites à la fin des années 80. En intégrant les schémas départementaux, le SROS Auvergne aura finalement l'avantage de les rendre opposables juridiquement.

C'est donc la gestion de l'héritage du passé qui fournit matière à notre questionnement et plus particulièrement celle du Centre hospitalier spécialisé interdépartemental (CHSI) d'Ainay le Château dont l'atypisme et le particularisme ne rendent pas l'approche aisée.

En guise d'introduction, il ne faut pas manquer de signaler le contexte paradoxal dans lequel va se situer notre questionnement. D'une part, il faudra examiner la situation du placement familial en tenant compte des nouvelles formes de soins et de prises en charge dans le cadre de la sectorisation, d'autre part, il faudra toujours conserver en toile de fond la nécessité de réfléchir dans un cadre de planification à l'échelon régional et départemental par rapport à un établissement ayant tendance à « s'arc-bouter » sur sa spécificité. Tout au long de ce travail, se posera la question de la prise en charge de la chronicité par la psychiatrie moderne. La difficulté de répondre au besoin de prise en charge des patients atteints de maladies mentales chroniques, l'absence ou les carences de réponses, loin de condamner le CHSI d'Ainay le Château ne justifieraient-elles pas au contraire l'existence et la pertinence de cette formule ?

Depuis 1984, de multiples rapports d'audit ou d'inspection concernant le CHSI d'Ainay le Château ont été produits tant à la demande du personnel que de la direction ou des autorités de tutelle. Chacun des rapports ne manque pas de formuler des propositions voire des scénari précis quant à l'évolution de cet établissement.

Six ans après la dernière investigation (rapport IGAS de 1994), force est de constater que les changements intervenus, pour importants qu'ils soient, restent néanmoins en deçà des préconisations antérieures. Eu égard aux préoccupations notamment de la DDASS et de l'ARH, il importe donc, non pas de refaire des études prospectives quant à l'avenir de l'établissement mais de se pencher premièrement sur ce qui fait ou a fait obstacle à la mise en œuvre de changements plus radicaux ou plus rapides et deuxièmement d'identifier les leviers sur lesquels agir pour accélérer la mutation de cet établissement.

Sur le plan de la méthode, pour répondre aux deux questions qui se posent actuellement aux autorités, il convient tout d'abord de synthétiser les propos tenus ici et là relatifs à cet établissement. Le regard dans le rétroviseur ne suffisant pas pour éclairer les points de blocage de la situation, il faut également repositionner les acteurs par rapport à un certain nombre de sujets du fait des changements de mentalités, de pratiques, de personnes, etc. De cette première démarche, on peut espérer voir naître de nouvelles pistes pour l'action qu'il faudra baliser aux moyens de propositions concrètes, étayées par des éléments de faisabilité.

Dans une première partie, sera retracée l'histoire et l'évolution de l'établissement ainsi que l'approche dont il a fait l'objet par les autorités de tutelle. Dans une seconde partie, seront analysées les obstacles et les écueils à éviter pour envisager une reconversion de cet établissement. Cela conduira à la présentation des axes stratégiques de l'action à mener par les pouvoirs publics pour y parvenir.

## 1. PREMIERE PARTIE : LE CHSI D'AINAY LE CHATEAU : UN ETABLISSEMENT DE SANTE ATYPIQUE

La mise en perspective historique de cet établissement révèle combien peut être lourd à gérer un héritage. Les colonies familiales d'accueil des malades mentaux, qui il y a cent ans apparaissaient comme des structures médicalement et humainement novatrices, sont devenues au fil du temps des sujets d'interrogation quant à leur pertinence et leur place dans les dispositifs de santé mentale mis en œuvre à partir des années soixante dix. A cet égard, l'appréhension de l'établissement par les outils de planification et de régulation pourrait expliquer les difficultés que l'on connaît aujourd'hui pour faire évoluer la situation.

### 1. CHAPITRE 1 LA DIFFICILE GESTION D'UN HERITAGE

#### 1. 1.1 LA GENÈSE DE L'ÉTABLISSEMENT

C'est en 1892, qu'à la demande du Conseil général de la Seine, le docteur Marie a été chargé, suivant le projet qu'il avait soumis aux autorités administratives de créer la première colonie familiale pour malades mentaux. Consacrée aux femmes, celle-ci fut installée dans le département du Cher, à Dun sur Auron. En 1898, à quelques kilomètres de là, mais dans le département voisin de l'Allier, une colonie masculine voit également le jour sur le territoire de la commune d'Ainay le Château. Expérience unique en France, ces deux colonies familiales vont au cours du siècle accueillir des patients issus de la région parisienne en fonction de critères relativement « simples ». Pour bénéficier d'un placement en famille d'accueil, les malades doivent présenter un caractère sociable, être susceptibles de rendre de menus services, être propres, tranquilles, valides et de bonne tenue. Si toutes les catégories de diagnostics sont représentées, seront et sont toujours exclus de ce type de placement, les patients présentant des troubles du comportement empêchant toute vie sociale (déments alcooliques, délirants paranoïaques, pervers

sexuels, agressifs, ...). Tout au long du siècle la logique de transfert de patients dits chroniques ou déficitaires sera fondée sur la nécessité de désengorger les hôpitaux psychiatriques de la région parisienne et sur la volonté de faire, à des patients stabilisés, un sort humainement plus favorable que l'enfermement à vie dans une institution. Jusqu'à ces dernières décennies, le soin psychiatrique dans les colonies sera relégué derrière la gestion des placements.

L'importance quantitative des placements familiaux va évidemment avoir des répercussions économiques et sociales sur la vie des territoires d'accueil . Le nombre de patients accueillis à la colonie d'Ainay le Château culminera à 1400 dans les années 30, connaîtra un regain dans les années 50 pour s'établir jusqu'à la fin des années 80 à environ 1200. Dans les années 50, Dun et Ainay représentaient à elles seules la totalité des 3000 placements recensés en France. En 1992, on évalue à 3470 le nombre de placements dont 900 à DUN et 800 à Ainay. Aujourd'hui, à l'issue de la mise en œuvre des SDO(1988) et des évolutions de la législation, les deux établissements ont réduit leurs capacités respectivement à 750 et 540 places en accueil familial et ne représentent plus que 30% d'une formule qui a trouvé sa place dans les pratiques des secteurs de psychiatrie en tant qu'alternatives thérapeutiques à l'hospitalisation.

### **1.3. 1.2 Un statut juridique unique en France**

Jusqu'à la mise en place de la sectorisation, les colonies familiales avaient le statut d'établissement du département de la Seine et étaient assimilées à des asiles publics (loi du 30 juin 1838). Un décret en Conseil d'Etat du 9 juin 1970 les érige en établissements publics départementaux de la Seine, du Val de Marne, des Hauts de Seine et de la Seine Saint-Denis. En ce qui concerne Ainay le Château, l'établissement est administré par une commission de 14 membres (4 représentants des départements de la région parisienne, 1 représentant du département de l'Allier, 4 représentants de l'Assurance maladie d'Ile de France, de Paris et de l'Allier et des autres régimes, un médecin de l'établissement, un médecin nommé par le Conseil de l'Ordre et 2 personnes qualifiées). Un arrêté du Ministre de la santé du 23 février 1976 classe les 2 colonies dans la catégorie des centres hospitaliers spécialisés,



puis à la suite des lois de décentralisation de 1982, la tutelle du préfet de l'Allier pour Ainay et du préfet du Cher pour Dun se substitue à celle du préfet de Paris. Depuis fort longtemps, c'est un représentant du Conseil Général de l'Allier qui préside le conseil d'administration, en l'occurrence le conseiller général du canton de Lurcy-Lévis. Enfin l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée, instituant les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), transfère la majeure partie des compétences des préfets aux directeurs d'Agences régionales de l'hospitalisation.

Si l'histoire ancienne et le statut confèrent aux deux établissements une certaine communauté de sort, le parallélisme s'arrête là puisque l'évolution récente de ces derniers emprunte depuis plus d'une vingtaine d'années des voies sensiblement différentes.

L'évolution récente à compter de la mise en place de la sectorisation en psychiatrie a donné aux établissements une dimension supplémentaire à savoir l'accueil et le soin d'une population locale et aux caractéristiques pathologiques indifférenciées. A différence de Dun sur Auron, le CHSI d'Ainay le Château s'est vu confié un petit secteur<sup>1</sup> de 20 000 habitants, le secteur n° 7 qui couvre 3 cantons ruraux de l'Allier : Cérilly, Hérisson et Lurcy-Lévis. En septembre 1992, une unité réservée aux patients du secteur est ouverte au sein de l'établissement d'Ainay et permet une prise en charge spécifique, séparée des prises en charge assurées en unités pour les patients ne pouvant plus, un temps donné, bénéficier de l'accueil familial.

Le virage de la sectorisation n'a pas été pris sans appréhension car tant du côté des familles d'accueil que du personnel hospitalier, la question du maintien de l'activité et de la définition de son contenu s'est rapidement posée empruntant souvent des formes contestataires et conflictuelles.

Si l'expérience du placement familial à grande échelle telle que réalisée à Ainay le Château est demeurée unique en France, l'intérêt pour cette forme de prise en charge au sein des équipes de secteur va se développer à la fin des années 70 en même temps que les autres formes alternatives à l'hospitalisation.

---

<sup>1</sup> Cf carte sanitaire pour la psychiatrie dans l'Allier (annexe 1)

L'absence de cadre légal a amené à des pratiques hétérogènes, imposant la nécessité de textes réglementaires régissant plus clairement le statut des familles d'accueil et le rôles des hôpitaux en la matière.

### 1.3. 1.3 Présentation de la situation actuelle de l'établissement

#### 1.3.1 L'activité<sup>2</sup>

Elle s'articule autour de deux pôles, l'un relatif au placement familial, l'autre à la gestion d'un secteur de psychiatrie adultes. En outre, une unité de soins de longue durée a été créée en 1998.

#### ***L'accueil familial thérapeutique (AFT)***

La capacité autorisée de l'établissement est aujourd'hui de 540 places. Au 31 décembre 1998, 541 patients bénéficiaient de ce type de prise en charge soit à titre temporaire soit au titre d'un placement au long cours.

**L'accueil familial thérapeutique temporaire** est une formule négociée et contractuelle avec une équipe de secteur qui oriente son patient vers Ainay pour une durée de 3 à 6 mois, éventuellement renouvelable.

**L'accueil familial thérapeutique au long cours** reprend la gestion des patients venus depuis longtemps à la « colonie » puis au CHSI . Le CHSI dispose d'un potentiel de 268 familles agréées qui accueillent 541 patients au 31 décembre 1998. Le service d'AFT est actuellement encadré par un unique médecin psychiatre (contractuel ) malgré un effectif théorique de 3 postes de praticien hospitalier. Deux médecins généralistes interviennent également mais plutôt au sein des unités de soins intra hospitalières. La moitié des infirmiers de l'établissement sont affectés au service de l'AFT avec la mission essentielle de coordination du projet de soins (liaison avec les médecins et les familles d'accueil, suivi et observation des patients).

La zone de placement des patients couvrant un territoire de plusieurs cantons, 6 unités fonctionnelles assurent le suivi d'environ 100 patients. Chaque unité dispose

---

<sup>2</sup> sources : rapport de gestion 1998 du CHSI d'Ainay le Château

d'une antenne aménagée dans un «centre bourg » de son secteur, pour pratiquer des entretiens ou des activités collectives avec les patients ou pour animer des groupes de parole et de formation avec les familles

L'hôpital d'Ainay dispose d'une **unité de soins intra hospitalière** pour patients relevant de l'AFT. D'une capacité de 30 lits actuellement, cette unité construite sur le site même d'Ainay le Château dans les années 1970, accueille les patients relevant de l'AFT pour tous types de soins nécessitant le retrait de la famille d'accueil que ce soit pour des indications psychiatriques (rechute, délires, décompensation) ou somatiques (blessures, traumatismes, autres maladies). En 1998, 457 patients ont été accueillis. La durée moyenne de séjour ne dépasse pas 18 jours.

Enfin **des ateliers d'ergo thérapie** proposent, sur indications, un large panel d'activités dont la visée est essentiellement thérapeutique mais parfois aussi occupationnelle pour les patients en AFT, accessoirement pour les patients du secteur. De l'imprimerie au cartonnage, en passant par le montage d'épingles à linge ou le travail du cuir, 28 ateliers à contenus différents et adaptés au projet thérapeutique et à la personnalité de chacun sont ainsi proposés au 170 patients qui viennent chaque semaine sur le site central d'Ainay le Château.

### ***Les activités du secteur de psychiatrie adulte n°7***

Ces activités sont sous la responsabilité d'un seul psychiatre praticien hospitalier à mi-temps. Elles sont développées à partir d'une unité d'entrée pour patients du secteur et d'une unité de géro-psi-chiatrie.

D'une capacité de 10 lits, **l'unité d'entrée** a vocation d'accueillir une population souffrant de maladies plus aiguës. De fait, la pathologie la plus fréquente diagnostiquée sur les 146 patients accueillis en 1998, est la névrose hystérique ; viennent ensuite les troubles mentaux dus à l'alcoolisme et les états dépressifs involutifs. La durée moyenne de séjour est de 24 jours.

D'une capacité 30 lits, l'unité de géro-psi-chiatrie est essentiellement pourvue avec des malades du secteur mais peut accueillir également des patients relevant de l'accueil familial thérapeutique.

### ***L'unité de soins de longue durée***

Dernière structure construite sur le site, elle illustre les redéploiements de crédits possibles de la psychiatrie vers d'autres soins, ici en l'occurrence le soins de longue. Cette unité, ouverte en juillet 1998, a une capacité de 40 places

### **1.3.2 le recrutement des patients**

*la population accueillie en 1998*

REPARTITION DES PATIENTS PRESENTS DANS L'ETABLISSEMENT AU 31/12/98

(source : rapport de gestion CHSI 1998)

<b>1.3.2</b>	<b>AFT</b>	<b>GERONTO PSYCHIATRIE</b>	<b>UNITE D'ENTREE</b>	<b>USLD</b>	<b>TOTAL</b>
<b>EFFECTIF</b>	<b>541</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>588</b>

REPARTITION DES ADMISSIONS PAR ORIGINE GEOGRAPHIQUE ET PAR SERVICE AU 31  
DECEMBRE 1998

(source : rapport de gestion CHSI 1998)

<b>1.3.2</b>	<b>ILE DE FRANCE</b>	<b>AUTRES DEPARTEMENTS</b>	<b>ALLIER</b>	<b>SECTEUR N° 7</b>	<b>TOTAL</b>
AFT	18	18	4	1	<b>41</b>
GERONTO PSYCHIATRIE		1	2	29	<b>32</b>
UNITE D'ENTREE	2	45	31	68	<b>146</b>
USLD		2	3	3	<b>8</b>
<i>TOTAL</i>	<b>20</b>	<b>66</b>	<b>40</b>	<b>101</b>	<b>227</b>
<i>Part des admissions totales en 1998</i>	<b>8,81%</b>	<b>29,07%</b>	<b>17,62%</b>	<b>44,49%</b>	<b>100%</b>

<b>Part des admissions totales en 1988</b>	<b>43,22%</b>	<b>10,33%</b>	<b>46,45%</b>	<b>100%</b>
--	---------------	---------------	---------------	-------------

(Source : DDASS 03 actualisation du SDO 1991)

On constate que l'établissement recrute désormais plus de la moitié (62%) de ses nouveaux patients au sein du département de l'Allier, une large part de ces

patients étant issus du secteur n° 7. Alors qu'en 1988, la part des admissions en provenance de la région parisienne était encore assez élevée (43,22%)

Par contre, le recrutement de patients en AFT se fait essentiellement hors du département et du secteur : 36 des 41 admis en 1998 proviennent de secteurs extra départementaux. L'Île de France fournit toujours la moitié des patients accueillis. Le placement de patients du secteur d'Ainay le Château (secteur n°7) est marginal.

On est donc fondé à s'interroger d'une part sur l'absence de coopération entre l'établissement d'Ainay et les centres hospitaliers de l'Allier et d'autre part sur la persistance de la demande tant des hôpitaux parisiens que des hôpitaux voisins du Cher.

#### REPARTITION DES PATIENTS PRESENTS DANS L'ETABLISSEMENT AU 31 DECEMBRE 1998

(Source : rapport de gestion CHSI 1998)

<b>1.3.2.</b>	<b>ILE DE FRANCE</b>	<b>AUTRES DEPARTEMENTS</b>	<b>ALLIER SECTEUR 07</b>	<b>TOTAL</b>
106	329	62	91	<b>588</b>

L'importance du nombre de personnes sans domicile fixe (20 %), parmi les patients accueillis, traduit le phénomène d'abandon des malades mentaux tant par leur famille que par les hôpitaux qui les ont orientés vers l'établissement d'Ainay le Château. Cela confirme également la vocation sociale de bon nombre de placements. En effet, on est autorisé à penser qu'à pathologie identique, un patient en rupture de liens familiaux sera maintenu dans le giron d'un établissement hospitalier alors qu'un patient soutenu par sa famille pourra être accueilli au domicile de celle-ci ou même rejoindre son propre domicile.

### ***Les pathologies des patients accueillis***

On ne s'intéressera ici qu'aux pathologies des patients accueillis en AFT et dans l'unité d'entrée du secteur, la pathologie des patients accueillis en gérontopsychiatrie étant relativement homogène.

Une coupe transversale des patients présents en AFT en 1992 indique que respectivement 28 et 23% des malades sont atteints de schizophrénie et d'oligophrénie soit plus de la moitié de la population accueillie. Viennent ensuite les séquelles de psychose infantile (9,6%), les personnalités et caractères pathologiques (9,6%), les délires chroniques (8,6%), les troubles névrotiques (7,9%), l'alcoolisme chronique (7,2%).

En 1998, on ne constate pas d'évolution majeure puisque 40% des admissions concernent des patients schizophrènes, loin devant les déficients mentaux (14,6%) et les psychotiques (9,7%). Pas moins de 14 catégories de malades sont répertoriés dans les admissions de l'année, ce qui nous renvoie vers la question des indications thérapeutiques propres à ce type de prise en charge évoquée au chapitre 2.

Les admissions dans l'unité d'entrée du secteur sont dominées par les névroses hystériques, les troubles mentaux dus à l'alcoolisme et les états dépressifs involutifs.

### ***La structure d'âge des patients***

En examinant de la tranche d'âge de 18 à 70ans qui recouvre quasi totalement l'AFT soit 541 patients présents au 31/12/98, on observe l'âge élevé des patients.

(Source : rapport de gestion CHSI 1998)

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Nombre patients</b>	<b>% de l'effectif</b>
entre 55 et 70 ans	264	48,7%
entre 45 et 55ans	168	31,05%
entre 35 et 45 ans	64	11,8%
entre 18 et 35 ans	31	5,7%

Ceci confirme la réalité du placement au long cours, certains patients étant à Ainay depuis 35 ans. Mais cela pose surtout la question du renouvellement de la population accueillie. La moyenne d'âge de la population accueillie en 98 est de 39 ans. Sachant que les 41 admissions de l'année concernent des séjours temporaires, on aura inévitablement, dans les mois et les années à venir, une accélération des flux de sortie. Désormais, l'établissement va devoir, pour conserver le même niveau d'activité, renouveler chaque sortie d'AFT temporaire mais également augmenter le nombre d'admissions pour compenser les sorties d'AFT au long cours.



## CHAPITRE.2 LA NECESSAIRE EVOLUTION DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 sous l'effet des politiques publiques

#### 2.11 Incidences de la sectorisation de la psychiatrie publique sur le fonctionnement de l'établissement d'Ainay le Chateau

Deux types d'incidences peuvent être discernés : une incidence directe en ce qui concerne la structuration de l'hôpital d'Ainay et une incidence indirecte imputable aux modifications intervenues dans les établissements de rattachement des secteurs, notamment en région parisienne.

##### ***Le changement de configuration à Ainay le Château***

Le rattachement d'un secteur de psychiatrie adulte en 1973 au Centre psychothérapique (c'était son nom à l'époque) a entraîné la construction de nouveaux bâtiments destinés à accueillir les patients du secteur soit en géro-psychothérapie, soit dans une unité d'entrée. Au lieu de se substituer à la pratique du placement familial, l'activité du secteur est venue se superposer et a renforcé l'assise de l'établissement qui a pris place dans le dispositif hospitalier du département de l'Allier

##### ***La modification des modes de prise en charge des patients dits « chroniques »***

La création des secteurs s'est accompagnée d'un changement profond de la psychiatrie publique. A une vitesse certes modérée, les pratiques de soins et de prises en charge ont évolué dans le sens d'une approche des besoins de la population, dans un cadre de proximité. Cette approche a été complétée par une recherche de réponses alternatives à l'hospitalisation des malades.

De fait, les grands hôpitaux psychiatriques parisiens, pour ne citer qu'eux, ont progressivement révisé leur approche de la chronicité en psychiatrie. La mise en place d'hôpitaux de jour, de consultations ambulatoires, de centres de post cure, de foyers, d'appartements thérapeutiques et également de placements familiaux ont rendu obsolète et inutile le transfert des patients en province que ce soit dans les ex-

colonies familiales ou dans les établissements de province. L'on a pu constater alors, une vive résistance au changement, tant dans les établissements tels que le CHS de Maison Blanche à la périphérie de Paris l'hôpital de Plougernevel dans les Côtes d'Armor ou celui de Chezal-Benoit dans le Cher.

Toutefois, la nécessité d'une évolution inéluctable s'est imposée et dès lors l'avenir des ex-colonies familiales ne pouvait s'envisager que sous l'angle de la réduction des capacités et la diversification dans le recrutement des patients comme dans les modes de prise en charge.

### **2.1.2 Conséquences des modifications intervenues dans la réglementation de l'accueil familial thérapeutique ( loi du 10 juillet 1989 et arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990)**

L'accueil familial thérapeutique actuel, sur un plan national, s'inscrit clairement dans un projet de sectorisation en coordination avec les autres structures intermédiaires et alternatives, l'équipe de suivi étant soit individualisée soit incluse dans l'équipe extra hospitalière de secteur. Il en découle une double fonction :

- une fonction alternative à l'hospitalisation au long cours s'adressant à des malades chroniques présentant une pathologie déficitaire (placement résidentiel)
- une fonction thérapeutique pour des jeunes psychotiques ou des névrosés, permettant un espace intermédiaire et une étape de réinsertion. Dans ce cadre, le rôle de l'équipe soignante, à condition d'être étoffée et multidisciplinaire, consiste essentiellement à analyser les modes relationnels patient/famille d'accueil. (placement thérapeutique)

Au niveau de la Mission nationale d'appui en santé mentale, structure mise en place par le Ministère de la santé, on relève un consensus actuellement pour exiger dans ce dernier cadre :

- une inscription dans un dispositif sectoriel ou intersectoriel,
- un temps limité constituant une étape intermédiaire dans le parcours de soins du patient,
- un encadrement étroit et proche par une équipe soignante,

- une visée exclusivement thérapeutique et non un palliatif à une prise en charge institutionnelle de type social,
- une formation des familles d'accueil.

Certains praticiens distinguent donc trois formes d'accueil familial :

- placement résidentiel
- placement à visée de réadaptation socio-familiale(séjour de post-cure)
- placement familial dont les indications reposent sur la carence ou l'absence du milieu d'origine, sur les capacités d'identification , de communication et d'échange, la tolérance du patient à l'existence de relations individuelles.

A la notion de placement familial, reprise par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, les textes actuels substituent la notion d'accueil familial thérapeutique (AFT).

Ces textes de référence<sup>3</sup> sont : la loi du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers à leur domicile, à titre onéreux de personnes âgées ou handicapées adultes, le décret du 22 juin 1990, le décret du 23 janvier 1991 pris pour l'application de la loi de juillet 89, l'arrêté du 1er octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial dans le cadre de la sectorisation, la note d'orientation du 27 décembre 1991.

L'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 1990 complété par la note d'orientation du 27 décembre 1991 met fin à une longue période d'absence de cadre légal dont ont souffert les deux ex-colonies familiales de Dun sur Auron et Ainay le Château alors qu'initialement ces textes ont été conçus pour accompagner, sur un plan national, le développement des services d'accueil familial thérapeutique dans le cadre de la sectorisation.

L'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre définit un certain nombre d'objectifs : organiser le traitement des personnes de tous âges souffrant de troubles mentaux susceptibles

---

<sup>3</sup> cf : rapport de l'IGAS sur l'accueil familial thérapeutique de 1994 (textes de référence) annexe 2

de retirer un bénéficiaire d'une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment, de la restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie. La note d'orientation insiste sur la nécessité de favoriser la réadaptation du malade et d'en faciliter, lorsque cela est possible, la réinsertion. En ce sens, il peut permettre un palier avant la sortie du malade. A défaut, il peut constituer une transition avant une orientation à caractère social ou médico-social.

L'arrêté du 1<sup>er</sup> octobre précise les moyens à mettre en place et formule un certain nombre d'exigences matérielles :

- le nombre de patients accueillis (article 7) ne peut être supérieur à deux par unité d'accueil familial (cependant le nombre peut être porté à trois par le préfet sur proposition du Médecin inspecteur de la DDASS),
- les conditions d'hébergement doivent respecter les règles générales d'hygiène et permettre de disposer d'une chambre individuelle (article 10).

L'article 11 précise que les membres de l'unité d'accueil sont tenus, outre à la discrétion au regard de la vie privée des patients et au secret professionnel, de :

- respecter le projet thérapeutique défini par l'équipe de soins et de participer à sa mise en oeuvre,
- recevoir l'équipe de soins, les personnes associées et accepter un contrôle,
- permettre au malade, le cas échéant, d'entretenir des relations avec sa famille naturelle et de la recevoir,
- fournir les prestations liées à l'hébergement de la personne ; ces prestations font l'objet d'une description précise dans le contrat d'accueil, notamment en matière de logement, nourriture, chauffage, blanchissage, entretien et garde du trousseau...
- faire appel en cas de troubles somatiques au médecin traitant du malade, en respectant le choix du malade, ou à l'établissement de rattachement ou, le cas échéant, à un service d'aide médicale d'urgence.

La note d'orientation apporte des informations sur le contrat entre l'établissement et la famille d'accueil, la nature et le montant des rémunérations, indemnités et charges qui en découlent. Elle précise que l'hôpital est l'employeur, l'accueillant étant un collaborateur occasionnel du service public hospitalier. Le contrat liant les familles d'accueil aux institutions n'entre pas dans une classification unique mais recouvre deux notions puisqu'il s'agit :

- d'un contrat de travail pour les services rendus au titre de l'activité principale donnant lieu à une rémunération journalière d'un montant net de 63,30F
- d'une convention de prestation de service pour l'entretien courant dont les frais font l'objet d'une indemnité représentative d'un montant de 85,65F par jour, et pour la location d'une pièce réservée au patient au montant de 23F par jour.

Ce qui revient à garantir aux assistants en accueil familial une rétribution de 5 200F par mois pour l'accueil d'un malade. La rémunération est assujettie pour sa part salaire aux cotisations sociales ainsi qu'à l'impôt sur le revenu. Le loyer est imposable au titre des bénéfices industriels et commerciaux.

Enfin la note d'orientation précise que les prestations sont communes au placement social et au placement thérapeutique en matière de logement, chauffage, alimentation, linge, etc...). En revanche, le placement thérapeutique est caractérisé par les prestations de soutien que la note définit comme une collaboration active de l'unité d'accueil familial au projet thérapeutique du patient, projet élaboré par l'équipe de soins.

## **2.2 sous l'effet de sa propre dynamique interne**

### **2.2.1 l'effort de requalification de l'accueil familial thérapeutique entrepris depuis 1992**

Le vieillissement des familles d'accueil (certaines dépassaient les 65 ans), la survivance de pratiques quasiment devenues traditionnelles (accueil au sein d'une famille élargie de plusieurs patients, de père en fils), la découverte des conditions d'hygiène et de confort inacceptables avaient fini par disqualifier la nature des prestations offertes dans les ex colonies familiales. Par ailleurs, le climat délétère engendré par des rapports ambigus entre les familles, les infirmiers (improprement appelé surveillant ce qui en dit long sur leur rôle) et l'administration de l'hôpital suscitait beaucoup d'interrogations quant aux dysfonctionnement qui pouvaient se faire jour. Dans ces conditions, le débat sur l'avenir laissait peu de doute quant à son issue. C'est pourquoi, un changement radical était attendu lors de l'arrivée d'un

nouveau directeur en 1992, ce qui ne fait que confirmer l'importance et l'influence de la composante humaine dans la gestion des affaires.

C'est donc un important travail de mise en conformité des unités d'accueil familial thérapeutique avec le texte de 1989 qui a été réalisé durant la période 92/94 au sein du CHSI.

L'élaboration d'un règlement intérieur et d'une charte d'accueil, véritable contrat entre le Centre hospitalier et les familles d'accueil a permis de clarifier les rôles respectifs de l'équipe soignante et des assistants en accueil familial thérapeutique et d'assigner à ces derniers les véritables termes et objectifs de leur mission.

Ce processus de requalification des familles d'accueil s'est traduit en premier lieu par la sélection des familles d'accueil, ensuite par la mise en place d'un dispositif de formation et d'encadrement :

*La sélection s'est opérée au moyen d'une procédure d'agrément*

La visite des quelques 400 lieux d'accueil qui hébergeaient 1150 lits en 1988, a permis d'agréer un petit nombre de placements, de supprimer ceux qui visiblement ne pouvaient se mettre en conformité avec la loi de 1989 et d'accorder aux autres un délai de 2 ans pour réaliser la mise aux normes pour les locaux et la formation initiale dispensée par l'établissement. Ce sont 610 lits qui ont été fermés en 10 ans tandis qu'on procédait au renouvellement des familles. Au 31 décembre 1998, 268 unités d'AFT sont agréées pour l'accueil de 541 patients.

*La participation des familles au projet de soins a été renforcée par la formation*

La formation initiale des assistants en accueil familial s'est déroulée de janvier 1993 à décembre 1996 à raison de 28 groupes d'environ 12 personnes. Cette formation comportait un module législatif de 12 heures, un module d'économie sociale et familiale, un module de présentation de la psychiatrie de 15 heures et un module de psychologie de 24 heures.

La formation continue est, quant à elle, axée sur une formation aux techniques de communication, un module de perfectionnement en économie sociale et familiale, et des groupes de paroles facultatifs entre assistants, infirmiers et psychologues.

Il s'avère qu'à partir de ces bases, l'idéale relation triangulaire entre patient/familles d'accueil/équipe de soins peut effectivement prendre effet et révéler la dimension thérapeutique que l'on attend d'elle.

## **2.2.2 élaboration et mise en œuvre du projet d'établissement**

### ***réalisation d'une étude sur l'avenir de l'établissement***

#### **1.3.**

L'étude confiée à la société SANESCO en 1993, ne faisait pas mystère des enjeux liés à l'avenir de l'établissement et elle indiquait très clairement les orientations qui s'imposent à l'établissement. : « ... le CHSI est confronté aujourd'hui au choix entre un scénario actif de reconversion et un scénario passif de déperissement ». « ...à terme, le CHSI serait sous le risque d'une double perte de substance, soit par prélèvement de moyens par la tutelle au profit de projets jugés plus prioritaires soit par une lente transformation en placements sociaux tels qu'ils ne nécessiteront l'accompagnement spécialisé qu'entend apporter un établissement sanitaire. ».

L'étude préconisait un scénario bâti autour de dix propositions et reposant sur deux axes stratégiques à savoir :

- **l'intégration de l'établissement au dispositif départemental,**
- **la revalorisation de son métier principal, le placement familial thérapeutique,**

afin de permettre à l'établissement d'assurer son avenir sur le plan de l'activité, de mieux répondre aux besoins sanitaires et de s'intégrer dans la politique de santé mentale promue par les autorités de tutelle.

Pour mieux intégrer les activités du CHSI dans le dispositif psychiatrique départemental et régional, quatre propositions étaient développées :

- offrir des formules de PFT adaptées à leurs besoins aux établissements hospitaliers de l'Allier auxquels sont rattachés les secteurs psychiatriques
- créer des structures d'accueil de secteur constituant de véritables alternatives à l'hospitalisation complète

- explorer les complémentarités et développer les liens avec les secteurs voisins pour d'autres prises en charge que les PFT
- restructurer l'unité de géro-psycho-geriatrie en fonction des besoins actuels et futurs

Pour requalifier le placement familial thérapeutique, suivaient six propositions :

- poursuivre le processus de sélection et de formation des familles d'accueil
- mettre fin au recrutement hors région de placements au long cours
- créer une unité fonctionnelle de PFT occupationnels
- créer une unité fonctionnelle de PFT temporaires
- renforcer les équipes soignantes
- améliorer l'image de l'établissement et communiquer efficacement avec les partenaires de terrains

Ces propositions ont fourni le cadre de référence du projet d'établissement que le CHSI a présenté aux autorités de tutelle en 1995 . En conclusion du projet d'établissement sera acté comme un changement radical la transformation du CHSI en un lieu étape. *« ... Il n'a plus vocation à ne recevoir que des patients en bout de course, il est acteur et maillon d'un réseau. Ainsi, tant le nouveau dispositif d'accueil familial thérapeutique que le travail de secteur (incluant les structures pour personnes âgées) n'ont d'avenir que dans leur connexion avec de multiples partenaires en amont et en aval... »*

L'examen de l'état de réalisation de ces propositions, des obstacles rencontrés dans leur mise en œuvre apportera un éclairage quant au devenir de l'établissement. A ce titre, le projet médical de l'établissement adressé à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales en 1996 ainsi que le point de situation actuelle nous renseignent utilement quant à la portée de l'étude en question.



## ***la mise en œuvre du projet d'établissement***

### *Le projet médical*

Globalement le projet médical préparé en 1994/1995 a permis de faire évoluer sensiblement les activités mais la pénurie de médecins psychiatres reste un frein au développement dans plusieurs domaines (activités extra hospitalière, psychiatrie de liaison, travail d'équipe, etc...)

En ce qui concerne le CHSI d'Ainay le château, la capacité est passée de 1150 lits et places en 1988 à 640 lits et places en 1999. La réduction porte en grande partie sur les placements familiaux thérapeutiques qui ont été réduits de 954 à 540. L'effort significatif de réduction de places en accueil familial s'est accompagné effectivement d'une politique de formation des familles d'accueil

En 1998, une Unité de soins de longue durée a vu le jour au CHSI. D'une capacité de 40 places, cette structure est entièrement financée par redéploiement de crédits. Elle répond au besoin de médicalisation des structures d'accueil pour personnes âgées dans la partie nord de l'arrondissement de Montluçon.

Le secteur de psychiatrie adultes s'est vu doté en 1998 d'un centre médico-psychologique (CMP) à Cérilly alors que se sont poursuivies les permanences d'infirmiers et de psychologues à Vallon en Sully et Cosne d'Allier.

### *le plan directeur*

Un ambitieux programme de rénovation et de construction de bâtiments, portant sur plus de 60 millions de francs, a été élaboré en 1994. Il est en partie achevé aujourd'hui. L'unité d'entrées du secteur, l'unité de géront-psychiatrie, les structures décentralisées d'accueil des patients et des familles, les ateliers et garages ont subi de profondes transformations. Le patrimoine de l'établissement s'est enrichi de nouveaux bâtiments comme l'Unité de soins de longue durée ou le CMP de Cérilly.

## CHAPITRE 3 L'INSUFFISANCE DES MÉCANISMES DE PLANIFICATION ET DE RÉGULATION

### 3.1 un effort louable de planification

#### 3.1.1 la place de l'établissement dans le processus de planification en santé mentale

1.3.3. La position des autorités de tutelle vis à vis du CHSI d'Ainay le Château s'exprime essentiellement à travers les orientations du schéma départemental d'organisation de la psychiatrie de l'Allier de 1988, 1992 et 1995 et du schéma régional d'organisation sanitaire dans son volet psychiatrie.

#### ***la place du CHSI d'Ainay le château dans le SDO de 1988***

Le mérite de cet exercice de planification, somme toute assez novateur, aura été en ce qui concerne le CHSI d'Ainay le Château de poser une grande partie des questions que l'on continue de se poser aujourd'hui à savoir. Parmi les orientations, il est en effet stipulé :

- la réduction du nombre de places en accueil familial,
- la réduction du nombre de lits intra muros tant pour les unités de soins qui recevaient les patients de retour d'AFT que pour l'unité de géronto psychiatrie,
- l'amélioration des conditions d'hébergement et de prise en charge des patients dans les familles d'accueil dans la mesure où les différentes visites et contrôle sur place faisaient apparaître des situations inacceptables (locaux ne disposant pas de sanitaires, de douches, de confort, de chauffage efficace ou accueillant plusieurs malades dans des locaux exigües, etc,...) ,

**1.3.3.** - le regroupement des secteurs n° 6 (Montluçon-Est) et n°7 (Ainay le Château).

### ***la place du CHSI dans le SROS psychiatrie de 1995***

En 1995, le **SROS Psychiatrie** de la région Auvergne qui reprenait pour l'essentiel les orientations des schémas départementaux d'organisation de la psychiatrie (SDO), préconisait les points suivants :

- un développement plus important des alternatives à l'hospitalisation temps plein
- une réduction des capacités d'accueil excédentaires par rapport à la carte sanitaire
- un développement des structures à caractère inter sectoriel
- une implantation plus large des secteurs de psychiatrie adultes au sein des hôpitaux généraux
- des structures de soins géographiquement plus proches des populations
- des liens resserrés avec les structures sociales et médico-sociales

L'approche par les indices d'équipement conditionne la présentation du document. Afin de conserver une cohérence aux indices du département de l'Allier, on isole le CHSI dans la carte sanitaire. Il en ressort une impression d'exclusion de l'établissement de la problématique régionale à peine nuancée par une recommandation spécifique.

Il conviendra de savoir si, comme pour les autres établissements hospitaliers concernés par la gestion d'un secteur de psychiatrie, les préconisations du schéma ont toujours servi de base et de référence à toutes décisions (investissement ou politique d'offre de soins) engageant l'avenir de l'établissement.

### **3.1.2 les effets de la planification**

#### L'implantation de la psychiatrie à l'hôpital général

Cet objectif est en partie atteint dans le département de l'Allier puisqu'en 1994, le centre hospitalier spécialisé d'Yzeure, établissement à vocation départementale a fusionné avec le centre hospitalier général de Moulins. A partir de là, des opérations de transferts de ses activités relatives aux secteurs de Vichy et de Montluçon ont été programmées en direction des Centres hospitaliers généraux des deux sous-préfectures de l'Allier.

Pour l'instant, il n'a pas encore été mené d'évaluation de l'apport d'une telle recomposition du dispositif de santé mentale dans le département. Sur le plan financier, la perspective de réaliser des économies semblent avoir fait long feu dans la mesure où les allocations de ressources sont restées constantes, la totalité de la dotation du CHS ayant été intégrée par les CHG. De plus, la création de nouveaux sites hospitaliers à Montluçon et à Vichy, pour accueillir les activités transférées, rallonge considérablement la facture de l'opération.

Quoiqu'il en soit, la logique de ce mouvement d'implantation de la psychiatrie à l'hôpital général voudrait que le secteur n° 7, celui d'Ainay, soit également rattaché à un hôpital général en l'occurrence celui de Montluçon.

#### ***Le développement des activités à caractère inter sectoriel***

##### *les conseils de secteurs*

Il ne semble pas que cette thématique fasse l'objet d'un grand intérêt de la part des acteurs en présence. Seul le dernier projet médical de Montluçon fait référence aux réunions du conseil de secteur. Il est vrai que les problèmes spécifiques de cet arrondissement nécessitent aujourd'hui une coopération entre les trois secteurs de Montluçon-Est (n°5), Ouest (n°6) et Ainay le Château (n°7). C'est particulièrement le cas, en matière de partage des rares praticiens acceptant d'oeuvrer dans ce secteur et en matière de placements familiaux thérapeutiques.

### ***le regroupement des secteurs n°5, n°6 et n°7***

Plus qu'une coopération, c'est d'un regroupement des secteurs dont le SDO de 1988 faisait état. Force est de reconnaître que ce dossier là n'a aucunement avancé. Les intérêts des établissements hospitaliers ne semblent pas de nature à les porter naturellement vers ce regroupement.

## **3.2 une absence d'outil de pilotage et de suivi des politiques publiques**

### **3.2.1 la faiblesse du dispositif d'évaluation des effets du schéma départemental d'organisation de la psychiatrie**

Il convient de remarquer, malgré l'apport incontestable du schéma d'organisation de la psychiatrie de 1988, que l'absence d'outils d'évaluation est en partie responsable de la non observance des préconisations du SDO ou de la dilution dans le temps des objectifs initiaux. Si la période 89/91 a fait l'objet d'un suivi précis des objectifs à réaliser, de l'état d'avancement des projets de redéploiement de personnels et des programmes d'investissement, force est de constater que depuis les autorités de tutelle ont piloté à vue au gré de la réception des bilans annuels ou de la présentation de projets d'investissement.

Au cas particulier d'Ainay le Château, la conséquence est que l'établissement, mais il n'est pas le seul, a pu procéder de son propre chef à des ajustements par rapport aux indications du SDO sans que ne soient jamais inscrits dans un document de planification ni le besoin auquel ils se rapportaient ni les nouveaux objectifs poursuivis. Ainsi, la réorientation du CHSI vers un AFT temporaire ou séquentiel n'a-t-elle pas été portée à la connaissance des partenaires départementaux et il n'est donc pas étonnant que l'image et la réputation de l'établissement n'évolue que très lentement.

Et ce n'est pas la maigre information donnée chaque année devant le Conseil départemental de santé mentale qui pourrait se substituer à une véritable démarche d'évaluation.

D'autre part, il faut signaler également la prépondérance des indicateurs quantitatifs sur les indicateurs qualitatifs qui émaillent le schéma départemental d'organisation de la psychiatrie et le schéma régional. Le seul critère de l'augmentation du nombre de journées réalisées en hôpital de jour par exemple traduit bien la conformité à l'objectifs de « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie. Mais, on ne trouve aucun élément de « mesure de l'efficacité et de l'efficience de la substitution d'un type de prise en charge par un autre pour les patients qui en ont bénéficié. L'augmentation de la file active d'une structure ne peut servir de

démonstration d'une évolution positive de la situation si on n'y adjoint pas une analyse objective des soins dispensés et des effets produits sur la santé des patients.

On peut alors regretter que des études approfondies sur le parcours des patients dans le dispositif mis en œuvre suite au SDO de 1988, n'aient jamais été réalisées. Elles auraient pu être portées à l'appui d'une évaluation de la qualité des soins et de l'efficacité des structures nouvellement créées.

On peut également supposer que le maintien à titre permanent d'un groupe de pilotage du SDO aurait permis d'avoir aujourd'hui une meilleure lisibilité des progrès réalisés en 10 ans, mais aussi de procéder à une remise en cause de certaines orientations ou décisions touchant à l'avenir de certains établissements. Ainsi la fusion du CHS d'Yzeure avec le CHG de Moulins, ne figure dans aucun document de planification.

### **3.2.2 les insuffisances du contrôle sur l'établissement**

Au cours de la période 1986/1996, soit une décennie, on ne peut pas dire que l'établissement ait fait l'objet d'une pression ou d'un cadrage important de la part des autorités de tutelle pour accélérer sa mutation. Il semble qu'il ait plutôt bénéficié d'une grande confiance et d'une totale autonomie.

*un contrôle limité à l'approbation partielle du projet d'établissement en 1996*

L'examen de la conformité du projet d'établissement d'Ainay le Château aux préconisations des schémas devaient aboutir à la formulation de quelques remarques.

Au chapitre des points positifs, la DRASS Auvergne et la DDASS de l'Allier relevaient l'évolution des pratiques de placement familial, la réduction du nombre de places, la diversification des modes de placement, la reconversion de lits de psychogériatrie en lits de long séjour, l'ancrage dans le dispositif sectoriel et la reconnaissance par l'établissement de la nécessaire remise en question de sa vocation extra régionale.

Les remarques de la tutelle engageaient l'établissement à corriger des points critiques de son projet en refusant l'augmentation de création de 100 placements supplémentaires et en réduisant au contraire la capacité autorisée à 540 places, en refusant la création d'un lieu de vie de type colonie de vacances. Par ailleurs l'établissement était renvoyé à préciser et éclairer les concepts nouveaux qu'il proposait ( l'AFT occupationnel, l'hébergement protégé associatif,...). Enfin l'établissement était enjoint de se conformer aux procédures prévues au code de la santé publique en ce qui concerne l'élaboration de son projet médical, du projet de soins infirmiers, du plan directeur et des programmes d'investissement, ...

### *Une grande latitude laissée à l'établissement en matière d'investissement*

Une dotation spécifique de 22 Millions de francs, accordée par le ministère à l'établissement pour absorber les surcoûts liés à l'application de la loi du 10 juillet 1989 qui relevait la rémunération et les indemnités des familles d'accueil n'a pas été entièrement consommé en 1992 du fait du faible nombre d'agrément accordés. L'exercice 1992 a donc dégagé un excédent de l'ordre de 18 MF qui a été affecté à la section d'investissement. Approuvée par la DDASS puis avalisée par la mission de l'IGAS de 1994, cette décision ne sera pas sans conséquence sur la marge de manœuvre des services de tutelle quant au suivi de la politique d'investissement de l'établissement. L'aisance financière qui en découlera conférera à l'établissement une autonomie totale pour financer ses projets sans que le recours à des subventions d'équipement de la part de l'Assurance maladie ou de l'Etat ne soit nécessaire.



## **DEUXIEME PARTIE : LA RECHERCHE D'UNE STRATEGIE ADAPTEE VISANT LE CHANGEMENT**

Le Centre hospitalier spécialisé interdépartemental d'Ainay le Château doit faire l'objet d'une appréhension fine de sa spécificité pour se voir assigner des objectifs réalisables à terme. L'identification des obstacles majeurs à une évolution conforme aux préconisations des différents schémas et rapports devrait permettre de déterminer les meilleurs leviers pour une incitation plus forte au changement.

### **CHAPITRE 1 IDENTIFICATIONS DES OBSTACLES MAJEURS**

#### **1.1 Une série d'obstacles connus de longue date**

##### **1.1.1 obstacles d'ordre sociologique, économique et politique**

Cent ans d'accueil familial thérapeutique ont forcément marqué le territoire. Sociologiquement, les relations entre l'établissement et les familles d'accueil ont été pendant très longtemps empreintes de nombreuses ambiguïtés donc forcément génératrices de conflits persistants ou latents. Certes, le temps ou la colonie se situait dans la toute puissance (droit discrétionnaire de placer et retirer les patients) n'a plus cours. De même, la pression des familles pour obtenir ou se débarrasser des patients, tout en refusant un droit de regard de la part de l'hôpital au prétexte de la faiblesse de l'indemnité, est moins fréquente.

Collectivement, le poids des familles d'accueil n'est pas négligeable. Les personnes qui ont travaillé pour l'établissement ou qui y travaillent aujourd'hui développent des traits identitaires. Il y aurait beaucoup à dire, d'un point de vue anthropologique, sur les représentations sociales de la folie cultivées par les personnes qui accueillent des malades mentaux à domicile et sur leur façon d'appréhender le « normal » et le « pathologique ». Si en apparence la population locale a bien absorbé l'afflux de patients, en profondeur il n'est pas rare de découvrir des stigmates qui alertent quant à la réalité et la difficulté de vivre en permanence avec des malades mentaux. Les plaintes et les revendications associées à un certain

désabusement sont typiques du malaise que l'on retrouve chez certains travailleurs sociaux. L'usure et le sentiment d'échec dans la relation d'aide obère toute évolution. La dynamique tri dimensionnelle, patients/équipe de soins/familles, insufflée à partir du projet d'établissement de 1995 aura sans doute quelques difficultés à résorber ce syndrome.

Le statut conféré par la loi de 1989 aux assistants en accueil familial a forcément changé les rapports dans le sens d'une plus grande clarification des engagements mutuels de l'établissement et des accueillants. Néanmoins de nouvelles formes de revendications sont apparues chez les familles d'accueil.

La professionnalisation induite par la loi de 1989 et les actions qui y font suite à l'initiative de la direction de l'établissement ont renforcé les individus dans le sentiment d'exercer une véritable mission de service public et un véritable métier. Cette approche collective des problèmes de statut et de rôle a été naturellement portée sur le terrain syndical avec la création d'un syndicat CGT des familles d'accueil et à une association de familles. Bien que cela ne constitue pas un problème puisqu'il s'agit de l'exercice du droit d'expression des salariés, cela ne facilite pas le dialogue social dans l'établissement. Les représentants des familles défendent actuellement un projet d'intégration dans la fonction publique hospitalière au grade d'aide soignant.

Au poids des familles d'accueil, va s'ajouter celui des personnels de l'établissement constitués pour plus de moitié par des infirmiers. Sur 123 postes non médicaux au 31 décembre 1998, on dénombre 15 cadres infirmiers et 70 infirmiers. Le CHSI ayant été centre de formation, il a formé de nombreux infirmiers psychiatriques qui sont restés dans l'établissement et ont fait souche dans la région. La culture professionnelle de ces infirmiers a probablement été heurtée à de nombreuses reprises par l'ampleur des changements intervenus dans le fonctionnement de l'établissement et dans la profession infirmière.

L'installation de la Colonie, dans une zone rurale où les emplois sont rares, a constitué une manne économique pour la région. De complément de revenus pour des familles d'agriculteurs, d'artisans, d'ouvriers agricoles, cette activité s'est transformée à partir de l'application de la réglementation de 1989 en une véritable profession. Avec un budget annuel de 120 millions de francs dont la majeure partie est injectée dans l'économie locale sous forme de salaires et de prestations de service, le Centre hospitalier spécialisé interdépartemental constitue la première

entreprise du secteur. Du fait de la législation, des investissements représentant souvent plusieurs dizaines de milliers de francs ont été consentis par les accueillants pour mettre leur logement aux normes et bénéficier de l'agrément délivré par la direction de l'hôpital. A la discussion avec les représentants des familles, l'on découvre qu'un simili programme de réhabilitation de logements a été mené sur le secteur avec la bénédiction des élus locaux. Par le biais d'une société de HLM, des logements neufs ont même été spécifiquement conçus et mis sur le marché locatif pour loger des familles d'accueil du CHSI et leurs malades. A une échelle importante, les crédits destinés à l'amélioration de l'habitat du Conseil général, du Ministère du logement par le canal de l'ANAH ont été mobilisés.

## 1.

Alors que la politique rigoureuse de l'établissement en matière de délivrance d'agrément avait en 1992 permis de fermer les placements de mauvaise qualité et par là même de diminuer significativement leur nombre pour atteindre l'objectif de réduction assigné par le SDO, la quasi incitation à équiper les logements dans l'objectif de recevoir des patients en AFT a relancé la demande. A tel point que la direction de l'établissement a perdu la main à nouveau face à la pression des demandes et s'est vu contrainte dans le projet médical de 1996 de présenter à la DDASS une augmentation (de 540 à 700) du nombre de placement. Projet qui fut bien sûr jugé irrecevable et non conforme aux orientations prévus par les schémas.

Il convient par conséquent d'acter cet état de fait, et de considérer, qu'au vu de la pyramide des âges des patients et des familles agréées la situation est figée pour encore 20 ans.

### 1.1.2 Obstacles d'ordre médical

La difficulté généralisée en France à pourvoir les postes de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel en psychiatrie se fait aussi sentir au CHSI d'Ainay le Château comme au CH de Montluçon et d'Yzeure. Pour pallier cette carence, les établissements ont été obligés de recruter des praticiens adjoints contractuels dont le statut précaire ne facilite pas une implantation durable dans les établissements.. Le service d'accueil familial thérapeutique fonctionne avec un seul médecin psychiatre pour 450 patients et le service de psychiatrie de secteur avec un

psychiatre à temps partiel pour 40 lits et l'extra hospitalier. En dépit de l'important travail de suivi effectué par les infirmiers psychiatriques et les psychologues, le projet médical de l'établissement reste en souffrance. Dans ces conditions, il est difficile pour Ainay de faire la preuve de son efficacité quand il faudrait convaincre de la pertinence de ses modes de prise en charge.

### **1.1.3 obstacles juridiques et réglementaires**

#### *Statut des familles d'accueil*

2. LE RAPPORT DE L'IGAS DE 1994 INDIQUAIT QU'IL CONVENAIT DE PRÉCISER LA POSITION DES EX-COLONIES PAR RAPPORT À LA LOI DU 10 JUILLET 1989 ET À LA RÉGLEMENTATION RELATIVE À L'ACCUEIL FAMILIAL. EN DÉPIT DE LA PUBLICATION, LE 21 DÉCEMBRE 1991, D'UNE NOTE D'ORIENTATION PARTICULIÈRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE DUN SUR AURON ET AINAY LE CHÂTEAU PRÉCISANT LES CONDITIONS DE LEUR MISE EN CONFORMITÉ AVEC LA LOI, LES RELATIONS ENTRE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAMILLES D'ACCUEIL N'ONT ÉTÉ QUE PARTIELLEMENT CLARIFIÉES. L'APPLICATION DIFFÉRENTIÉE, NOTAMMENT DES MESURES FINANCIÈRES D'ACCOMPAGNEMENT ENTRE LES DEUX ÉTABLISSEMENTS FAIT TOUJOURS L'OBJET D'UNE CONTESTATION PAR UNE PARTIE DES FAMILLES D'ACCUEIL ET ALIMENTE LE CONTENTIEUX AVEC LA DIRECTION .

#### *Statut de l'établissement*

Le rapport de l'IGAS relevait également qu'il importait de régler la situation juridique des établissements de Dun sur Auron et Ainay le Château et de mettre un terme définitivement au statut interdépartemental pour intégrer les deux établissements dans un statut départemental afin de garantir cohérence et

représentativité des conseils d'administration. En effet les représentants des conseils généraux de la Seine, du Val de Marne, de Seine Saint-Denis et des Hauts de Seine sont systématiquement absents des séances du conseil d'administration, ce qui illustre maintenant leur désintérêt total pour l'établissement. Toutefois, aucune perspective de modification des statuts n'est actuellement à l'ordre du jour à la Direction générale des hôpitaux du Ministère de l'emploi et de la solidarité.

#### *Régime juridique et financement du placement familial*

Le rapport suggérait enfin de décloisonner juridiquement le placement familial à vocation sociale et l'accueil familial thérapeutique pour parvenir à une formule entrant dans le champ du médico-social, nouvelle formule dite « d'accueil familial médicalisé ». Mais sur ce sujet, la position du Conseil général de l'Allier reflète bien la position des collectivités territoriales vis à vis de l'Etat, c'est à dire que toutes modifications réglementaires dans le financement des prises en charges de malades mentaux qui reviendraient à transférer une charge vers les départements, sont considérées a priori comme inopportunes, d'autant plus que la majeure partie des patients d'Ainay n'était même pas originaire du département de l'Allier.

Par ailleurs, il est pratiquement impossible aujourd'hui, sous peine de se heurter à l'incompréhension des familles d'accueil mais surtout des patients, de transformer les placements actuels en placement sociaux. En effet, la formule d'accueil familial à vocation sociale conduit le bénéficiaire à salarier la personne qui l'accueille. Outre les problèmes de ressources pour le patient, il faut que le patient dispose au moins de l'allocation aux adultes handicapés, se posent des difficultés d'ordre médical et psycho-affectif. Après plusieurs années passées dans le giron de l'institution, certains patients supporteraient difficilement d'être exclus de la communauté qui s'est formée à Ainay le Château. En ce qui concerne les personnes recrutées pour l'accueil non thérapeutique, elle risquerait de souffrir des disparités de statut avec les assistants en accueil familial salariés par le CHSI alors que dans les faits le distinguo entre le service rendu ne serait pas vraiment évident à faire.

#### *Coordination du dispositif départemental d'accueil familial*

Le rapport émettait le souhait de voir naître un comité départemental de l'accueil familial ayant un rôle consultatif et placé sous l'autorité conjointe du Préfet et du président du Conseil général. Toutefois, l'absence de dispositions

réglementaires ne doit pas obérer toutes initiatives en ce sens car un véritable besoin de coordination existe lorsque l'on découvre les différences de pratiques et de conception en cours dans les secteurs de psychiatrie, dans les services de la protection judiciaire de la jeunesse ou de l'Aide sociale à l'enfance.

### **2.1.1.**

## **1. 2 des difficultés plus idéologiques**

### **1.2.1 les limites constatées dans la prise en charge de la chronicité**

Cette notion de chronicité en psychiatrie renvoie d'une part à une stabilisation de l'état du malade et d'autre part à l'absence de guérison. De fait, les services d'accueil et de prise en charge des patients dans les phases aiguës de la maladie sont nombreux, actifs et relativement efficaces, en raison de l'intérêt des psychiatres ou des moyens consacrés par les budgets hospitaliers. Les services de suite, appartements thérapeutiques, centres de post cure ou unités de préparation à la sortie sont également nombreux, bien dotés et animés par des équipes motivées. Mais ces structures alternatives à l'hospitalisations s'adressent plutôt à des patients dont le projet thérapeutique individuel est évolutif. Par contre, à l'heure où il est question de réduire les capacités d'accueil des hôpitaux psychiatriques, il est bien difficile d'imaginer des solutions de prise en charge de patients, pour lesquels l'ensemble des dispositions médicales de prise en charge a été tenté, sans que des résultats probants aient été obtenus.

Pour autant, les solutions de type, foyer de vie, foyer occupationnel, maison d'accueil spécialisé, foyer à double tarification, ne sont que rarement retenues pour offrir à ces patients un cadre d'accueil non hospitalier. D'aucun persiste à penser que l'accueil familial ne s'est développé que faute de structures suffisamment souples et dégagées de projets thérapeutiques poursuivant la réinsertion sociale à tout crin.

### **1.2.2 des débats contradictoires quant au rôle de l'accueil familial thérapeutique**

Pour une grande majorité de praticiens hospitaliers, l'accueil familial thérapeutique en psychiatrie s'effectue dans un cadre de proximité, l'équipe soignante assurant la continuité des soins lorsque le patient est placé sur le territoire

du secteur. En moyenne, le nombre de placements par secteur varie entre deux et cinq.

Pour certains praticiens, un petit nombre d'indications thérapeutiques seulement correspondent au mode de prise en charge en AFT. Il s'agit de personnes atteintes de troubles affectifs pour lesquels un cadre familial chaleureux, présent est nécessaire à une stabilité. Si le milieu naturel est défaillant, on peut alors tenter de trouver un milieu de substitution.

A Ainay le Château, on conçoit que l'accueil familial n'a pas d'indications précises mais plutôt des contre-indications (psychopathies, délires paranoïaques par exemple).

Le docteur P SANS<sup>4</sup> décrit quant à lui les exigences et les contraintes qui pèsent sur les familles d'accueil en signifiant d'une part le nécessaire équilibre intra familial des unités recrutées par son service et d'autre part l'existence de « folie et de marginalité » propre aux accueillants qui une grande tolérance aux manifestations de la folie des personnes hébergées. Le recrutement sur un territoire limité de personnes susceptibles de posséder les critères de la profession devrait donc rencontrer des limites et l'afflux de candidat à Ainay le Château ne peut manquer de renvoyer aux motivations financières et à la question de la qualité intrinsèque des postulants pour ce métier.

Par contre, l'ensemble des acteurs s'accorde à penser qu'une fédération des familles permet en quelques sorte « d'optimiser la ressource » et d'offrir des solutions plus larges sachant que tel patient conviendra plutôt à telle famille ou que telle famille tolérera plutôt tel autre patient.

Il ne nous appartient pas de trancher dans le débat, qui n'est ici qu'abordé d'une manière très sommaire, sur le bien fondé de telle ou telle conception. Néanmoins, sachant qu'en plus de cent ans, aucune publication ou recherche scientifique n'a été produite quant aux méthodes et résultats de l'activité médicale et soignante de l'établissement d'Ainay le Château, il est bien difficile de prendre appui sur des éléments tangibles pour se faire une idée de la pertinence de ce mode de prise en charge. Au cas particulier d'Ainay le Château, il faudra mettre au clair les positions des différents chefs de services de psychiatrie de l'Allier et de leurs

---

<sup>4</sup> in « soins et placement en famille d'accueil » (chapitre 5 : psychose, placement et leurs espaces) Docteur Pierre SANS

collaborateurs pour dégager, sinon un consensus, du moins des orientations sur la pratique de l'accueil familial thérapeutique



## CHAPITRE 2 LES LEVIERS POUR UNE ACTION INCITATIVE AU CHANGEMENT

### 2.1 Les outils et mécanismes nouveaux introduits par les ordonnances du 24 avril 1996

#### 2.1.1 l'accréditation

Bien que l'évaluation des pratiques professionnelles et des modalités d'organisation des soins dans les établissements de santé aient été préconisées depuis longtemps, finalement peu d'hôpitaux étaient réellement engagés dans cette démarche mis à part quelques pionniers de l'assurance Qualité et de la certification aux normes européennes. Il a fallu attendre le « plan Juppé » de 1996 et les ordonnances qui l'ont concrétisé pour imposer une évaluation systématique des activités hospitalières.

L'article L 710.5 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 stipule : « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.* ».

La procédure d'accréditation doit être engagée à la demande de l'établissement dans un délai de 5 ans à compter de la parution de l'ordonnance. La procédure sera imposée par le directeur de l'ARH à l'établissement si ce dernier n'en prend pas l'initiative lui-même.

Enfin le décret d'application n° 97-331 du 7 avril 1997, va préciser notamment le contenu du document d'analyse utilisé lors de la procédure où sont décrits les méthodes, les indicateurs, les critères, les référentiels, les recommandations de bonnes pratiques.

Les établissements devront engager une auto-évaluation avant de recevoir la visite sur site des experts de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. C'est là un aspect non négligeable de cette loi qui rend acteurs les établissements et qui ne se contente pas de réduire l'accréditation à un audit.

La communication, par l'ANAES au directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation, de toutes informations qualitatives ou quantitatives sur les

procédures d'accréditation en cours, renforce le suivi par l'ARH de la mise en œuvre de la politique régionale de santé par les établissements.

Même s'il faut être prudent quant aux attentes fondées sur le résultat de l'accréditation pour un établissement comme le CHSI d'Ainay le Château, on ne peut que se satisfaire des incidences de l'ordonnance de 1996 sur la mobilisation des équipes administratives, médicales et soignantes sur ce sujet.

L'accréditation représente pour l'établissement une contrainte mais également une opportunité pour démontrer la pertinence du fonctionnement du CHSI, de son projet de soins et en fin de compte de son existence et de son avenir.

### ***Les exigences de la démarche préparatoire à l'accréditation***

Depuis le mois de mai 1999, une direction de la qualité a été mise en place au CHSI, à charge pour cette direction de déployer les moyens et les initiatives concourant à la préparation de l'accréditation de l'établissement par l'ANAES.

Un comité de pilotage a été constitué. Il est composé : de la direction( 3 personnes), de 3 médecins, de la pharmacienne, de l'infirmière générale, de l'adjoint technique et de deux chefs de bureau. Sur la base du volontariat, des groupes de travail ont été définis et installés afin d'engager le personnel de l'hôpital dans un processus d'auto-évaluation des différentes activités de l'établissement.

Parallèlement, le CHSI consulte plusieurs organismes susceptibles de lui fournir une assistance méthodologique dans cette démarche d'accréditation.

Pour l'instant, trois grands domaines sont balayés par la réflexion des groupes de travail : le soins, le management, la sécurité.

Dans le domaine du soin, trois sous groupes sont à l'œuvre sur les questions suivantes :

- les droits et l'information de l'usager et de sa famille
- le dossier du patient
- les prises en charge

Dans le domaine du management et de la gestion, on retrouve également trois sous groupes autour :

- du management de l'établissement
- de la gestion des ressources humaines

- de la logistique et du système d'information

Enfin, dans le domaine de l'hygiène et de la sécurité, deux groupes sont à l'œuvre en ce qui concerne :

- la vigilance ( hémato, bio, matéro-vigilance)

-la sécurité des installations et des procédures

### ***L'intérêt de la démarche***

Cette démarche comporte un double intérêt, d'abord pour l'établissement dont la dynamique interne est réactivée, ensuite pour les partenaires extérieurs qui vont pouvoir disposer d'éléments tangibles pour appréhender l'activité de l'établissement.

L'établissement veut ainsi aboutir à une formalisation des procédures de travail et à la mise en place d'outils d'évaluation interne. Pour ce faire un important travail d'échange sur les pratiques de soins, sur les circuits de l'information, sur les liaisons inter-services va être nécessaire. Ce travail ne peut être que bénéfique pour l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Vis à vis des partenaires de l'établissement, le CHSI trouvera ici le moyen d'une valorisation d'un savoir-faire aux yeux des éventuels prescripteurs. Cela lui permettra également d'explicitier sa démarche auprès des autorités de tutelle qui percevront mieux le rôle et la place de l'établissement dans le dispositif départemental et régional de soins psychiatriques.

### ***les enjeux de l'accréditation***

Il est clair que l'objet du travail des équipes de l'ANAES qui procéderont à l'audit d'accréditation des établissements de santé ne consistera pas à faire « tomber le couperet » mais à positionner l'établissement au regard d'une norme. En effet, l'ANAES émettra des recommandations ou des réserves sur 4 niveaux : activité conforme sans réserves, activité conforme appelant des recommandations, activité non conforme avec mise en demeure de se conformer aux recommandations, activité hors norme. Il appartiendra ensuite à l'ARH de tirer les conséquences des observations de l'ANAES pour infléchir la politique ou les pratiques de l'établissement.

Dans la mesure où les référentiels ou recommandations de bonnes pratiques relatifs à l'activité principale de l'établissement, l'accueil familial thérapeutique, n'existent pas, on se pose toutefois la question de savoir sur quelle base référentielle, les accréditateurs s'appuieront-ils pour émettre un avis.

Du point de vue du CHSI d'Ainay le Château, on n'envisage pas que l'ANAES puisse remettre en cause le fonctionnement de l'établissement ou l'accueil familial thérapeutique tel qu'il est pratiqué même si l'on s'attend à des recommandations plus ou moins sévères.

Pour le Docteur Gérard MASSE de la Mission Nationale d'appui en santé mentale, l'accréditation d'un établissement comme celui d'Ainay sera de nature à confirmer ou infirmer les réserves qui pèsent sur la pratique de l'accueil de malades mentaux chroniques à grande échelle, sur un territoire restreint et dans une dimension de déportation des patients par leur secteur d'origine.

Pour l'ARH d'Auvergne et la DDASS de l'Allier, entre une position d'attente des recommandations de L'ANAES et une volonté d'infléchir dès maintenant l'évolution de l'établissement, il semble que l'on s'oriente plutôt dans la seconde direction. S'il peut être sage d'attendre les recommandations d'un organisme compétent, indépendant et rompu à l'évaluation des pratiques médicales, il peut être également illusoire de temporiser par rapport à des décisions, des choix que l'on sait nécessaires. Par ailleurs, le rôle de la planification consistant à établir clairement les besoins auxquels les établissements doivent répondre, et éventuellement à sélectionner les moyens destinés à y faire face, on dispose d'outils tout autant efficaces que l'accréditation pour faire évoluer les établissements de santé.

### **2.1.2 la coopération hospitalière**

#### **une nécessité pour préserver l'avenir du CHSI**

Bien que la situation du CHSI actuellement ne soit pas inconfortable (situation financière viable, patrimoine important et entièrement restructuré, personnel formé et en nombre suffisant), il convient d'envisager néanmoins une coopération renforcée avec l'hôpital général de l'arrondissement sachant que ce dernier gère déjà deux secteurs de psychiatrie adultes et un intersecteur de pédo-psychiatrie. Quatre raisons majeures plaident en ce sens :

- le bien fondé du rattachement de la psychiatrie publique aux hôpitaux généraux

C'est une idée largement répandue et développée depuis la diffusion du rapport Massé. Ce principe appliqué effectivement dans l'Allier depuis le transfert à Montluçon et à Vichy des activités de secteur du CHS départemental d'Yzeure est un gage de soins de proximité et de décloisonnement de la psychiatrie. Dans cette ligne de pensée, on ne peut laisser se développer dans le secteur public des particularismes ou des approches isolées de telles ou telles pathologies ou telles ou telles populations. Aujourd'hui, ces approches spécifiques, si elles ne peuvent être réalisées dans un cadre sectoriel doivent être envisagées dans un cadre intersectoriel Et c'est donc par rapport à cette dimension intersectorielle que le recours aux supports juridiques de la coopération se justifie pleinement.

*- le moyen de pallier le manque de praticiens hospitaliers psychiatres*

Le manque de psychiatres à Ainay le Château altère le crédit de l'établissement malgré l'effort significatif de ce dernier pour requalifier les pratiques d'accueil familial thérapeutique. Mais il faut bien reconnaître que la prise en charge de malades chroniques en psychiatrie ne représente pas une activité motivante et valorisante pour les praticiens. Il est clair que les profils de postes proposés à Ainay ne sont pas suffisamment attractifs dans le contexte actuel de difficultés pour pourvoir quelques 600 postes de psychiatres en France. C'est pourquoi, il semble opportun de profiler un poste rattaché à un secteur ou un intersecteur Montluçon-Ainay qui comporterait des tâches et des responsabilités susceptibles d'intéresser un candidat.

*- Une meilleure couverture des besoins de la population du secteur*

L'activité du secteur n°7 rattaché au CHSI se résume essentiellement à la prise en charge des malades aigus dans les lits d'unité d'entrée ou de personnes âgées en unité de géronto-psychiatrie. Dans ce secteur comme dans tous les autres, il est nécessaire d'assurer une psychiatrie de liaison, des actions de prévention, des accueils en structures alternatives comme l'hôpital de jour ou le centre de post cure. Mais la taille du secteur (à peine 20 000 habitants) ne permet pas de développer tous ces moyens. Il faut offrir aux patients du secteur un accès à l'offre de soins développée sur le bassin montluçonnais et développer l'offre manquante sur le

territoire rattaché à Ainay, par synergie de moyens et de personnels. On n'échappera donc pas à une fusion des secteurs de Montluçon–Est et d' Ainay.

*- La nécessité de développer en commun la logistique hospitalière*

Actuellement le CHSI d'Ainay le Château, comme le CHG de Montluçon doivent s'équiper d'une nouvelle blanchisserie. Le coût élevé de cet équipement renvoie à la recherche d'une augmentation du volume de linge traité afin de rentabiliser l'investissement. Il est évident dans ce domaine que chaque établissement n'a pas intérêt à faire cavalier seul et qu'il serait plus logique de mettre des moyens en commun pour réaliser des économies de gestion.

**Des moyens incitatifs voire coercitifs**

L'article L 712.20 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 prévoit que, pour adapter le système hospitalier aux besoins de la population et préserver leur qualité, dans l'intérêt des malades, au meilleur coût, par un redéploiement de services, activité ou équipements hospitaliers, le directeur de l'ARH peut demander à deux ou plusieurs établissements :

- de conclure une convention de coopération
- de créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public
- de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement ou à la fusion des établissements concernés

La demande du directeur de l'Agence doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements se prononcent dans un délai de 3 mois sur cette création , fusion ou convention. Dans la mesure où la demande n'est pas suivi d'effet, le directeur de l'ARH peut, après avoir recueilli l'avis du Comité régional d'organisation sanitaire et sociale, prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent l'une des formes de coopération souhaitée.

De plus, l'ordonnance du 24 avril 1996 sur l'hospitalisation publique et privée institue avec les communautés d'établissements une nouvelle forme de coopération novatrice dans l'esprit mais qui repose toujours sur les outils juridiques existants. (art L 712 3 3du CSP)

Les communautés d'établissement sont constituées au sein d'un secteur sanitaire entre établissements. Les communautés d'établissements ont pour but de :

- de favoriser les adaptations des établissements aux besoins de la population et les redéploiements qu'elles impliquent ;

- mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité notamment celle prévue par le SROS et son annexe.

- répondre aux besoins de service de proximité non satisfait dans le domaine médico-social notamment pour les personnes âgées et les handicapés.

Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en oeuvre choisies par les établissements. La charte est agréée par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Très opportunément, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, a prévu un délai d'organisation des secteurs sanitaires en communauté de 3 ans. A l'issue de ce délai, c'est à dire le 24 mars 1999, les établissements qui n'ont adhéré à aucune communauté sont tenus d'en justifier dans un rapport au directeur de l'ARH. Après quoi, le directeur de l'ARH peut mettre en oeuvre l'article L 710.20. du CSP, c'est à dire prononcer d'autorité l'intégration dans une communauté.

### **Le choix d'un support juridique de coopération adéquat à la situation**

Les établissements de santé disposent d'une palette de supports destinés à favoriser les actions de coopération. La plupart de ses outils ne sont pas récents. Mis en place par la loi hospitalière de 1970 ou par la loi du 31 juillet 1991, ils n'ont malheureusement pas rencontré un franc succès de par le manque de volonté des établissements dans ce domaine.

#### *La convention de coopération*

La forme de coopération la plus utilisée reste la voie conventionnelle. Par des conventions bi-latérales ou multilatérales, les établissements de santé règlent par exemple l'utilisation d'équipements en commun ou la réalisation de prestations réciproques mais au regard de la situation qui nous préoccupe, il convient d'être beaucoup plus volontaristes d'autant que l'établissement d'Ainay le Château n'est pas très porté vers ce type de pratiques.

### *Le syndicat inter-hospitalier*

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 détermine les activités qu'un syndicat peut exercer et elles sont nombreuses. Il s'agit notamment de :

- la création et la gestion de services communs
- la formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel
- l'étude et la réalisation de travaux d'équipement
- la centralisation des ressources d'amortissement en vue de leur affectation au financement de travaux d'équipement
- la gestion de la trésorerie et des emprunts
- la création et la gestion de nouvelles installations.

Dans un premier temps, et notamment pour envisager la création d'une installation de blanchisserie et d'entretien du linge, il semble que le Syndicat inter-hospitalier soit une formule adéquate. De plus, les excédents cumulés de la section d'investissement du CHSI en font un partenaire tout fait acceptable, dans la mesure où il lui serait demandé de supporter une large part des investissements au nom d'une meilleure répartition des moyens au sein de la région.

En matière de formation des personnes recrutées comme assistant en accueil familial thérapeutique, il convient de trouver un support destiné à gérer et animer un projet inter sectoriel et interdépartemental. Un syndicat peut parfaitement répondre à ce besoin. Les établissements qui souhaiteraient bénéficier du savoir-faire du CHSI d'Ainay en la matière adhèreraient moyennant une contribution financière assise sur le coût de la prestation de formation.

Les secteurs de psychiatrie et leur établissement de rattachement pourraient céder la gestion administrative des salariés recrutés comme assistant en AFT. Les domaines concernant les contrats de travail qui relèvent du droit privé (code du travail), la gestion des rémunérations, des recrutements, des licenciements, seraient gérés par le syndicat. Les établissements reverseraient au syndicat une fraction de leur dotation globale correspondant au nombre de places d'AFT autorisées. Il conviendrait pour cela de déterminer le coût moyen annuel d'une place en accueil familial thérapeutique.

Il reste la question de la fusion des secteurs n°6 et n°7 qui, dans l'absolu, renvoie à un rattachement pur et simple du secteur nouvellement créé au centre hospitalier général de Montluçon. Si tel était le cas, il ne resterait plus à l'Hôpital d'Ainay que le secteur personnes âgées et les placements familiaux dont la gestion



administrative serait reprise par le syndicat inter hospitalier. On peut toutefois envisager dans l'hypothèse de l'unification des secteurs, de conserver deux sous secteurs et d'élaborer une convention bilatérale qui prévoierait la concession par le CH de Montluçon d'un sous secteur au CHSI d'Ainay.

### **2.1.3 la contractualisation entre l'ARH et les établissements**

Enfin avec le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARH et les établissements de santé, on dispose de la panoplie complète d'outils susceptible d'infléchir durablement l'évolution de l'offre de soins.

L'ordonnance du 24 avril 1996 et le décret 97-372 du 18 avril 1997 déclinent avec précision les champs sur lesquels devront portés les termes des contrats. Il s'agit des tarifs des prestations, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, des modalités de participation aux priorités définies par la conférence régionale de santé, des actions de coopération du délai retenu pour s'engager dans la procédure d'accréditation.

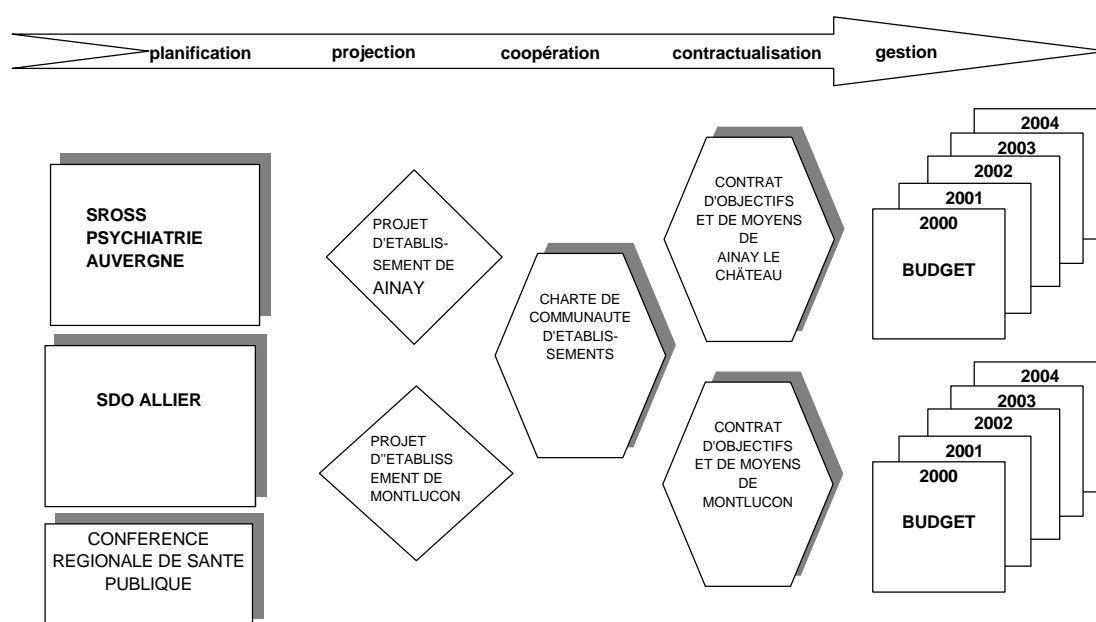
Surtout le décret retient la possibilité d'inscrire dans le contrat des pénalités financières qui pourront être infligées aux établissements en cas de non-respect des engagements contractuels. On peut voir là une conception unilatérale de la contractualisation dans la mesure où l'Agence régionale n'est pas soumise pour ce qui la concerne à des mesures identiques. En tant que co-contractant, l'ARH, quoiqu'on en dise, reste dans la position du donneur d'ordre vis à vis du sous-traitant et non dans un rôle de partenaire. Après des années de dérapage non contrôlé des politiques régionales de santé, on peut légitimement attendre de ce dispositif un cadrage plus rigoureux des orientations des établissements avec une vision prospective à court et moyen terme. Il conviendra également de considérer les contrat d'objectifs et de moyens comme des outils de pilotage plutôt que comme des outils de gestion

Actuellement, dans le département de l'Allier, un seul établissement, le centre hospitalier de Néris les bains, dispose d'un contrat d'objectifs et de moyens. Mais celui du Centre hospitalier de Montluçon est en cours de négociation et il importe dès maintenant de faire en sorte que la question de la coopération avec Ainay soit évoquée et prise en compte.

## 2.2 Détermination d'une stratégie pour l'action

La stratégie pour l'action ne peut être définie que par rapport à un schéma de principe de régulation de l'offre de soins en psychiatrie. Tout d'abord il convient de déterminer comment l'on se situe par rapport à ce schéma théorique et ensuite de prendre des décisions de nature à réajuster les positions et tendre ainsi vers les objectifs à atteindre.

Pour parvenir aux solutions imaginées, il faut impérativement articuler les 5 niveaux de régulation figurant au schéma suivant.



En effet, si les 5 niveaux de régulation que sont la planification, la coopération, la contractualisation, la projection et la gestion, peuvent se décliner horizontalement, en réalité, il compose un véritable système et sont donc interdépendants. Ainsi, la chronologie (l'ordre dans lequel ces niveaux interviennent) n'est pas le seul élément à prendre en compte.

Il faudra prendre en compte également les éléments suivants :

- les réactions de chacun des établissements concernés en fonction de leur logique interne de développement, des relations de pouvoir au sein de la communauté médicale, des directeurs d'établissement, des responsables politiques qui président les conseils d'administration.
- les décisions prises antérieurement et qui hypothèquent l'avenir

De la justesse avec laquelle on pourra faire évoluer les outils propres à chacun des niveaux présentés ci-dessus, dépendra le succès des opérations

envisagées pour le CHSI d'Ainay le château, pour le CH de Montluçon et pour les autres établissements de l'Allier

### Examen de la situation actuelle

OUTILS	SITUATION ACTUELLE	MARGE DE MANOEUVRE
Schéma régional d'organisation sanitaire et social d'Auvergne Volet psychiatrie	Le SROSS volet psychiatrie du 3 avril 1995 et la carte sanitaire n'ont pas encore été révisés	Faible Obligation d'attendre le lancement de la démarche, ce qui va prendre plusieurs mois
Schéma départemental d'organisation de la psychiatrie de l'Allier	Le SDO va être réactualisé en 2000. Les travaux de bilan/évaluation sont en cours	moyenne
Charte de communauté d'établissements du secteur de Montluçon	Un projet de charte a été présenté en juillet 99 .	Favorable Car il existe une obligation réglementaire
Contrat d'objectifs et de moyens du CH de Montluçon	Le C.O.M est en cours de négociation	Favorable Car la réglementation prévoit des coercitions
Contrat d'objectif et de moyens du CHSI d'Ainay	Les négociations n'ont pas encore débuté	Favorable idem
Projet d'établissement du CH de Montluçon	Une réactualisation du projet médical de psychiatrie a été soumis à l'approbation mais ce projet ignore les voies de la coopération avec le CHSI d'Ainay	Faible si les autres outils ne sont pas suffisamment activés

#### 2.2.1 actions et stratégie en matière de planification

##### ***entamer une procédure de réactualisation du schéma départemental d'organisation de la psychiatrie***

Les objectifs spécifiques de cette action visent à favoriser la reconnaissance du savoir du CHSI d'Ainay le Château en matière d'accueil familial thérapeutique. Notamment en matière de formation des assistants en accueil familial, en matière de gestion administrative de ses salariés particuliers, il faudrait aboutir à faire du CHSI d'Ainay un établissement de référence sur le plan départemental et régional.

Le statut d'établissement de référence conférerait à Ainay :

- une mission de formation des assistants en accueil familial pour l'ensemble des secteurs du département et de la région et pourquoi pas des départements voisins qui se situent hors région administrative. Les formations initiales et continues seraient organisées sur le site d'Ainay ou sur les sites hospitaliers de la région, à la demande des secteurs de psychiatrie en partenariat avec les professionnels de santé qui se sentent concernés par la question de la formation ( psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux).
- Une mission d'accueil à titre temporaire des patients des secteurs de l'Allier dans les familles recrutées dans le secteur d'Ainay le Château.
- Une mission de prospection et de recrutement de familles d'accueil sur tous le territoire du département de l'Allier.

La dimension intersectorielle de l'accueil familial thérapeutique ne serait pas une négation de ce qui se fait actuellement dans chacun des six autres secteurs de l'Allier. L'accueil familial thérapeutique, envisagé sur l'angle intersectoriel, aurait l'avantage d'élargir le panel d'offres de placement et de mieux répartir sur le territoire départemental cette activité. Il en découlerait un large choix dans la typologie des placements recherchés permettant une bonne adéquation entre les besoins du patient et le « service » offert par le milieu d'accueil. Cela reviendrait peut être aussi à éclater les 540 places d'AFT sur le département et à reconstituer des petites structures alternatives (sur le mode de l'hôpital de jour ou du Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) où les patients et leur famille d'accueil viendraient hebdomadairement pour des activités ou des soins.

Un groupe de travail doit être constitué dans ce sens avec les responsables médicaux des sept secteurs de psychiatrie adultes, des trois secteurs de pédo-psychiatrie, les responsables des hôpitaux de rattachement des secteurs et des acteurs de terrains pour envisager cette disposition. Ce groupe de travail disposerait d'un an pour approfondir la question.

***Continuer de s'appuyer sur les recommandations du SROS psychiatrie de 1995 tout en envisageant rapidement sa révision***

A priori, on est tenté de penser qu'en l'absence du SROS 2<sup>ème</sup> génération de psychiatrie, il va être difficile de décliner les autres étapes et outils de planification.

Actuellement, le SROS pour les disciplines de médecine-chirurgie-obstétrique sert de phare dans la conduite des négociation des contrats d'objectifs et de moyens. Il serait important qu'il en soit de même pour les points qui concernent l'activité de psychiatrie.

Néanmoins, sans trop tergiverser, deux voies peuvent être empruntées :

- d'abord, on ne doit pas considérer que le volet psychiatrie du SROS de 1995 est totalement obsolète. Il est même certain que les recommandations de 1995 sont, en ce qui concerne Ainay et Montluçon, toujours d'actualité. Il ne serait donc pas infondé de garder comme ligne de mire les axes du SROS de 1995 dans l'attente de sa révision et d'opposer à toute contestation de la part des hôpitaux la validité du document actuel.
- Ensuite, dans l'attente de la révision du SROS, il pourrait être négocié avec les établissements de santé une période transitoire qui serait mise à profit pour jeter les bases de la future organisation. En effet, pour créer une nouvelle structure, pour délocaliser une équipe, pour modifier un découpage administratif, il faut du temps. Il serait donc très opportun d'engager formellement les acteurs dans la préparation de la future organisation par des études de besoins sur la prise en charge de la chronicité, des études de faisabilité ou des réunions d'information et d'échange entre les secteurs.

### ***réviser la carte sanitaire de la psychiatrie pour regrouper les secteurs de Montluçon et d'Ainay le Château***

A l'issue du SROS psychiatrie 2<sup>ème</sup> génération, la carte sanitaire devrait évoluer dans le sens d'une prise en compte des projets de rapprochement entre Montluçon et Ainay. Mais il faut considérer que cette révision ne fera que clore le travail en cours.

## **2.2.2 Action et stratégie en matière de coopération**

Après avoir constaté que, dans le délai de trois ans imparti par l'ordonnance du 24 avril 1996, aucune communauté d'établissements n'avait vu le jour dans le département de l'Allier, le directeur de la DDASS de l'Allier a sommé les

établissements publics de santé de préparer rapidement et concrètement des projets dans ce domaine . Ainsi, depuis le mois de juillet 1999, des projets de charte constitutive ont afflué en provenance des 3 bassins de vie de l'Allier.

Pour le bassin couvrant l'arrondissement de Montluçon et dans lequel se trouve Ainay le Château un projet de charte a été élaboré suite à plusieurs réunions des directeurs d'établissement. Ce projet a également été soumis à la communauté médicale de chacun des établissements. Sont parties prenantes de ce projet, cinq établissements : le Centre hospitalier général de Montluçon, le Centre hospitalier de Nérès les bains, le Centre de rééducation de Pionsat, le centre médical départemental de Tronget et le Centre hospitalier spécialisé interdépartemental d'Ainay le Château. Ce projet reste malgré tout assez sommaire, c'est pourquoi le directeur de la DDASS de l'Allier a demandé vigoureusement que l'un des aspects primordiaux de la coopération, à savoir la mise en synergie de moyens et les économies de gestion, soient clairement énoncés.

Le projet de charte de communauté se présente ainsi :

DESIGNATION	OBJECTIFS	ACTIONS ENVISAGEES	ORGANISATION
CH de MONTLUCON	Assurer une bonne organisation des filières de soins sur la base d'une répartition cohérente des compétences respectives	. favoriser le rapprochement et la collaboration des équipes médicales et soignantes, mais également des autres équipes	. création d'un conseil de communauté regroupant
CH de NERIS LES BAINS Centre de rééducation de PIONSAT	mobiliser les professionnels - définir les domaines d'activités	recherche d'un partenariat dans l'utilisation des équipements médicaux et médico techniques	Président de la CME ou médecin désigné ou son représentant
CHSI AINAY LE CHATEAU	. mise en place d'actions de concertation	. utilisation commune de personnels	Le directeur ou son représentant
CMD de TRONGET	Favoriser le traitement du patient à proximité de son lieu de vie  rechercher la mise en place de . réseaux	. formation des personnels recherche d'harmonisation des systèmes d'info  . l'annexe précise les domaines : Géroto, douleur, médecine du travail, dossier minimum commun, conduites addictives référents SAMU, rééducation fonctionnelle précoce, psychiatrie	des groupes projet sont mis en place  périodicité des réunions : 2 fois par an

Dans l'état actuel du projet, ne sont définis que les grands domaines sur lesquels les actions de coopération pourraient porter. Les actions ou projets d'actions sont simplement listées très sommairement en annexe de la charte. C'est justement sur ce point là, qu'il est impératif d'exiger une plus grande formalisation des engagements des établissements. Créer un syndicat interhospitalier, par exemple, n'est pas difficile en soi. Ce qui est plus difficile, c'est de décider de le créer. La charte peut justement permettre de hâter la prise de décision et en tout état de cause de rendre visible les volontés ou les réticences. Forts de cette visibilité, le directeur de la DDASS ou de l'ARH trouveront les moyens de pression pour faire évoluer favorablement la situation.

### **2.2.3 action et stratégie en matière de contractualisation**

Le contrat d'objectif de l'hôpital général de Montluçon est en cours de négociation. Pour situer le contexte des discussions en cours, on peut rappeler que cet établissement, après 6 mois de grève du personnel et une mission de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales, vient d'obtenir l'octroi de plus de 100 postes non médicaux sur 3 ans. Par ailleurs, il présente un projet de restructuration complète de ses bâtiments et équipements pour un montant de 600 millions de Francs.

Cependant, les priorités du contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens se situent ailleurs que dans le domaine de la psychiatrie. Les priorités, se situent d'abord dans le domaine de la gestion des personnels, ensuite dans la mise en œuvre des objectifs du SROS de la médecine de la chirurgie et de l'obstétrique.

Néanmoins, il ne faudrait pas occulter des aspects qui peuvent paraître plus secondaires tels la coopération entre le CH de Montluçon et le CHSI d'Ainay. En effet, il convient de profiter de la négociation pour mettre dans la balance ces aspects. Il est incontestable qu'une négociation globale permet de satisfaire à minima les deux parties qui vont être amenées à concéder chacune des avantages à l'autre. Les négociateurs du COM pour l'ARH pourraient concéder des postes, des lits ou des crédits dans un domaine de la médecine chirurgie et obstétrique pour obtenir des concessions dans le domaine de la logistique ou de la psychiatrie.

## CONCLUSION

A ce stade du travail, il devient possible de discerner ce qu'il est possible de faire et ce qu'il est illusoire de conserver comme objectif pour l'avenir du CHSI d'Ainay le Château.

Il n'est plus en effet concevable d'imaginer une restructuration tout azimut, comme cela c'est produit pour les établissements de Plouguernevel (Côte d'Armor) et St Rémy (Haute Saône) qui accueillait eux aussi des patients de la région parisienne. L'arrêt total du recrutement de patients originaires de la région parisienne et le rattachement de l'établissement à l'hôpital général de Montluçon par une fusion absorption pur et simple ne sont pas envisageables au vu des répercussions socio-économiques.

Quinze ans auparavant, certes de telles mesures se seraient certainement imposées compte tenu de la médiocrité des prestations d'hébergement et d'accueil dans certaines familles et de la difficulté de mesurer l'efficacité des soins psychiatriques dispensés.

Fort heureusement, on constate que les responsables de l'établissement ont su saisir les opportunités leur permettant, à la fois de prouver la crédibilité de la formule d'accueil familial et de diversifier leurs activités.

Il ne s'agit pas pour autant de donner quitus en à l'établissement dans la mesure où les orientations de la psychiatrie moderne et les contraintes médico-économiques plaident en faveur d'une médecine et d'un soin de qualité et au meilleur coût.

C'est pourquoi nous souscrivons à quelques idées-force qu'il nous paraît souhaitable de chercher à imposer dans les mois où les années à venir pour qu'on ne taxe pas l'établissement d'Ainay d'archaïsme et les autorités sanitaires de laxisme en matière de suivi de l'établissement.

Deux types de mesures peuvent être préconisées : des mesures d'accompagnement et des mesures d'accélération du changement.

### **Des mesures d'accompagnement**

Elles concernent essentiellement l'allocation de ressources à l'établissement:



Il convient de suivre année après année la base budgétaire du CHSI au regard des activités qui sont développées et ne pas hésiter à geler le taux de reconduction des moyens de fonctionnement.<sup>5</sup>

Il s'agit d'une part d'ajuster les ressources à l'activité qui est en baisse après le transfert d'une partie des patients de la géronto-psychiatrie vers l'unité de soins de longue durée. Mais il s'agit surtout de limiter quantitativement le recours au placement familial lorsque celui-ci est dicté par un défaut d'autres solutions pour les patients en région parisienne notamment. Il faut donc limiter les velléités de démarchage du CHSI auprès des secteurs extra régionaux au simple motif qu'il dispose de places et de moyens.

Tout programme d'investissement de l'établissement devra être en phase avec les lignes définies par l'Agence Régionale pour être autorisé. Cela revient à dire que ces programmes d'investissement devront découler d'un projet d'établissement qu'il convient dès maintenant de susciter puisque le précédent projet d'établissement couvrait la période 1995-2000.

### **Des mesures d'accélération du changement :**

#### *A partir du nouveau projet d'établissement*

Celui-ci devra prendre en compte les considérations développées précédemment et proposer impérativement les points suivants :

- la participation active du CHSI à un Syndicat Interhospitalier avec le CH de Montluçon et les autres établissements de l'Allier pour toutes ses activités dans le domaine de la logistique (blanchisserie, activités bio-médicales, gestion des déchets) et pour la gestion administrative et la formation des personnes employées comme assistant en accueil familial thérapeutique.

- la signature d'une convention bi-latérale avec le CH de Montluçon pour la gestion d'un sous secteur de psychiatrie dépendant d'un secteur plus vaste unifiant l'actuel secteur n°7 (Ainay) et n°6 (Montluçon)

---

<sup>5</sup> Cf annexe 3 : projet de note au directeur de l'ARH

*A partir des initiatives de la DDASS :*

- relance de la direction des hôpitaux du Ministère pour la préparation d'un projet de décret relatif à la modification du statut interdépartemental de l'établissement

L'absence d'implication politique des départements d'Ile de France et la part décroissante des patients assurés sociaux des Caisses Primaires d'Assurance Maladie de la région parisienne accueillis à Ainay le Château ne justifient plus la présence de leurs représentants au Conseil d'Administration. Le statut départemental n'interdit pas des recrutements extra départementaux mais aurait l'avantage, en terme d'image de marque, de rompre un peu plus le lien avec le passé.

- mise en place d'une commission départementale de l'accueil familial :

Les réflexions actuelles dans le département à propos de l'élaboration à titre expérimental d'un schéma de protection de l'enfance conjoint entre le Conseil Général et les services de la protection judiciaire de la jeunesse ont notamment montré qu'il était indispensable de collaborer sur la question de l'accueil familial, à la fois pour développer ce mode de prise en charge et pour l'améliorer qualitativement. Les intersecteurs de pédopsychiatrie qui disposent de familles d'accueil mais aussi les secteurs de psychiatrie adultes ont intérêt à s'adjoindre à la réflexion.

Le CHSI à tout intérêt également à entrer dans ce cadre, et à proposer son savoir faire et son offre de placement dans un objectif de reconversion de certaines familles.

Il appartiendra à la DDASS de mettre en place une commission de ce type qui jouerait le rôle :

- de garant de la qualité des accueils proposés,
- de coordonnateur et de régulateur de l'offre sur le plan du nombre de places.

En définitive, il convient de reconnaître que si les propositions de mesures destinées à faire évoluer la situation du CHSI, restent limitées, c'est aussi parce que, confronté à l'épreuve de la réalité, le scénario de reconversion doit souvent être révisé à la baisse.

Néanmoins, on peut raisonnablement penser que, avec les outils dont on dispose mais surtout avec la plus grande fermeté et rigueur, on pourra au cours des cinq prochaines années imprimer des changements durables et cohérents avec la politique régionale de santé dont le SROS psychiatrie 2<sup>ème</sup> génération sera la clé de voute.