



**Directeur d'établissements sanitaires,
sociaux et médico-sociaux**

Promotion : 2013 - 2014

Date du Jury : décembre 2014

Construire un groupement de coopération sanitaire en santé mentale : l'exemple du territoire de santé du Lot-et-Garonne

Mickaël ANTOINE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier M. Florian Jazon, directeur du Centre hospitalier d'Agen ainsi que M. Jean Bernard Cazenave, directeur adjoint, pour leurs précieux conseils et leur écoute.

Je remercie vivement M. Bruno Chauvin, directeur du Centre hospitalier départemental de La Candélie pour la confiance dont il m'a témoigné lors de nos réflexions communes sur la santé mentale en Lot et Garonne.

Je remercie également Mme Marie-Isabelle Blanzaco, directrice de la Délégation territoriale du Lot et Garonne de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine et Mme Josianne Verga, directrice adjointe, de m'avoir confié cette mission et de m'avoir accompagné tout au long de mon travail de recherche et d'enquête.

Je n'oublie pas non plus les échanges fructueux et réguliers avec l'ensemble du personnel de l'ARS, notamment avec Mme Caroline Almarcha, chargée du territoire de santé du Lot et Garonne.

Je remercie enfin vivement les directeurs et les professionnels des associations du Lot et Garonne qui se sont mobilisés en remplissant les questionnaires et lors des divers entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	----------

1 Améliorer la prise en charge des usagers en santé mentale : un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs	13
--	-----------

<i>1.1 Les problématiques de prise en charge en Lot et Garonne.....</i>	<i>13</i>
---	-----------

1.1.1 Un enjeu stratégique pour le CHD : limiter les inadéquations et fluidifier les parcours	13
---	----

1.1.2 Les difficultés de prise en charge des adolescents, jeunes adultes et personnes âgées déficients psychiques.....	16
--	----

<i>1.2 Cloisonnements, méfiances et méconnaissance des acteurs</i>	<i>19</i>
--	-----------

1.2.1 Des logiques associatives différenciées à prendre en compte	19
---	----

1.2.2 Dépasser les méfiances et les rivalités locales.....	24
--	----

<i>1.3 Les limites des coopérations actuelles</i>	<i>25</i>
---	-----------

1.3.1 Des coopérations bilatérales à actualiser ou à développer.....	25
--	----

1.3.2 Réseaux, groupements et coopérations : la multiplication des projets d'envergure et un manque de cohérence d'ensemble.....	29
--	----

2 La constitution pratique du GCS Santé mentale : proposer un outil souple et efficace au service d'objectifs concrets.....	33
--	-----------

<i>2.1 Les objectifs du GCS : un consensus à concrétiser sur le terrain</i>	<i>34</i>
---	-----------

2.1.1 La méthode des « petits pas » : mettre en cohérence les coopérations existantes et renforcer la solidarité entre acteurs	34
--	----

2.1.2 Améliorer le parcours de soins et la prise en charge des usagers en santé mentale	37
---	----

2.1.3 Mettre en commun certaines fonctions supports en lien avec la santé mentale.....	43
--	----

2.2	<i>Les modalités juridiques et pratiques : une association souple et pragmatique de partenaires</i>	45
2.2.1	Privilégier une convention constitutive simple et efficace	45
2.2.2	Vers un pilotage départemental et un maillage local en santé mentale	48
2.2.3	Envisager la place des usagers	49
2.3	<i>Elargir les horizons du GCS : une perspective d'avenir</i>	50
2.3.1	Le CHD, nécessaire coordonnateur des dispositifs en santé mentale.....	50
2.3.2	Impulser les coopérations avec de nouveaux acteurs.....	53
2.3.3	Au-delà des frontières départementales et régionales	55
Conclusion		57
Bibliographie		59
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

AIG	Activité d'intérêt général
AIME	Aide interactive à la maternité pour l'enfant
ALGEEI	Association laïque de gestion d'établissement d'éducation et d'insertion
AMAT	Association mutualiste d'aide par le travail
ANDP	Association Notre Dame de Pitié
ARS	Agence régionale de santé
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDOM	Conseil départemental de l'Ordre des médecins
CG	Conseil général
CH	Centre hospitalier
CHD	Centre hospitalier départemental
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CLSM	Conseil local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPI	Centre médico psychologique et infantile
CMPP	Centre médico psycho-pédagogique
CMS	Centre médico-social
COPIL	Comité de pilotage
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRA	Centre ressources autisme
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale, de la protection des populations
DESSMS	Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DTARS	Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMGP	Equipe mobile de géronto-psychiatrie
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail

ETS	Educateur technique spécialisé
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FFMPS	Fédération française des maisons et pôles de santé
FMIH	Fédération médicale interhospitalière
GAP	Groupement des associations partenaires
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSSM	Groupement de coopération sanitaire en santé mentale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hôpital de jour
HPST	Hôpital, patients, santé et territoires
IME	Institut médico-éducatif
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
RESEDA	Réseau départemental d'aide aux adolescents en difficulté
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAT	Service d'accueil temporaire
SAU	Service d'accueil d'urgence
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SGP	Services de géro-psycho-geriatrie
SHA	Service d'hébergement et d'accompagnement en milieu ordinaire
SIRA	Service intersectoriel de régulation des admissions
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
TED	Troubles envahissants du développement
TSA	Troubles du spectre autistique
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. La santé mentale est donc une composante essentielle de cette définition et peut se définir comme « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté »². Cette définition internationale sert aujourd'hui de référence à la mise en place de véritables politiques de santé mentale au niveau mondial. En Europe, la plupart des pays ont reconnu la santé mentale comme une politique prioritaire malgré de grandes disparités selon les systèmes de santé. La conférence d'Helsinki sur la santé mentale, réunie en 2005 sous l'égide de la Commission européenne, du Conseil de l'Europe et de l'OMS, a permis la signature d'une déclaration commune et d'un plan d'action sur la santé mentale³, suivis en octobre 2005 d'un livre blanc de la Commission européenne sur le sujet⁴. Par ailleurs, le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, signé en 2008, affirme que « la santé mentale est un droit de l'homme dont le respect doit permettre de réaliser les objectifs de la stratégie européenne pour l'emploi, la croissance et l'inclusion sociale »⁵.

Vers l'institutionnalisation d'une politique de santé mentale en France

Le système français repose encore largement sur la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales⁶. Complété par de nombreux décrets et circulaires, ce

¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé n°2, p.100, disponible sur internet : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *La santé mentale : renforcer notre action*, Aide mémoire n°220, [Mise à jour en août 2014], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

³ COMMISSION EUROPEENNE, 2008, *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*, disponible sur internet : http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

⁴ COMMISSION EUROPEENNE, 2005, *Améliorer la santé mentale de la population, vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne* (livre vert), disponible sur internet : http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf

⁵ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, p.3, disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/pour-en-savoir-plus,11397.html>

⁶ MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au Journal officiel, disponible sur internet : http://www.ascodocpsy.org/spip/IMG/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf

texte opère une première territorialisation de la psychiatrie avec pour objectif d'aboutir à la fin des pratiques asilaires et de l'hospitalo-centrisme. La place de l'ambulatoire devient alors centrale avec un rôle pivot d'accueil et de coordination attribué aux Centres médico-psychologiques (CMP) et à leurs équipes pluridisciplinaires, le tout sous la coordination d'un médecin chef hospitalier. Pourtant, de nombreux rapports publiés dans les années qui suivirent la mise en place de ces dispositions ont démontré que, malgré leur caractère innovant, les secteurs n'avaient pas tenu toutes leurs promesses et que la sectorisation semblait encore inachevée.

Les plans successifs mis en œuvre en France visaient donc à remédier à ces lacunes. Le premier Plan⁷, lancé en 2001, visait le développement d'une offre « diversifiée, graduée et coordonnée » sur tout le territoire. Finalement, l'année 2005 marquera un tournant majeur dans la politique de santé mentale française. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances⁸, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît la notion de « handicap psychique », une notion notamment défendue de longue date par l'Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). Les altérations des fonctions psychiques sont dorénavant des causes possibles du handicap⁹. Dans la lignée des travaux européens, la politique de santé mentale française se structure réellement avec le Plan pour la santé mentale 2005-2008, qui semble marquer le passage « de la psychiatrie à la santé mentale » souhaité notamment par le rapport Piel et Roelandt de 2001¹⁰. Ainsi, la santé mentale devient une véritable politique de santé publique englobant et dépassant la psychiatrie – en tant que discipline médicale - et devant remédier aux lacunes de la sectorisation psychiatrique. Ce plan prônait notamment le décroisement des prises en charge entre les secteurs sanitaires et sociaux, le développement de réseaux psychiatriques, la mise en place d'équipes mobiles ou la création de services d'accompagnement dédiés comme les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Malgré ces efforts et le déploiement sur l'ensemble des

⁷ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2001, *Plan Santé mentale : l'utilisateur au cœur d'un dispositif à rénover*, disponible sur internet : <http://cnmp.free.fr/textes/mental.pdf>

⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel, n°36 du 12 février 2005, p. 2353, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

⁹ CORNU S., FIORANCIO J., HYPOLITE A., 2013, *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un problème ancien ? Le cas du handicap psychique*, Module interprofessionnel de santé publique de l'Ecole des hautes études en santé publique, 71 p.

¹⁰ PIEL E., ROELANDT J-L., 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », 86 p.

territoires de ces outils, le rapport Couty¹¹, remis en 2009, soulève à nouveau les lacunes du système, notamment en termes de continuité de la prise en charge.

La mise en œuvre d'un nouveau plan afin de faire face aux enjeux en santé mentale

Aujourd'hui, ces lacunes sont d'autant plus visibles que la demande en soins et en prise en charge se développe, les pouvoirs publics étant sommés d'adapter notre système à l'évolution de la société et des pathologies. En effet, comme le précise le Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015¹², l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes du XXIème siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Le rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en décembre 2013 et présenté par le député Denys Robiliard à la ministre de la Santé en janvier 2014, établit le même constat : « *une personne sur quatre est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble en santé mentale* »¹³. Ces troubles sont responsables d'une grande partie de la mortalité par suicide et ont un coût pour la société important, tant au niveau médico-économique (« *estimé à 18,5 milliards d'euros en 2007* ») qu'en termes de qualité de vie de la population.

A ce titre, le rapport Robiliard établit, à l'instar des précédents rapports, un constat sans appel : il existe une diversité des modalités de prise en charge, un foisonnement d'acteurs et une persistance des dysfonctionnements. Les cloisonnements, notamment entre le secteur sanitaire et médico-social, sont préjudiciables à une réelle prise en charge globale. Les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins sont encore importantes de même que les inégalités de répartition des moyens humains et financiers. Ce constat nécessite donc une action de réduction des inégalités d'accès aux soins sur tout le territoire et une action transversale entre les différents secteurs. Le Plan actuellement en vigueur rappelle d'ailleurs l'importance du territoire en santé mentale du fait de la spécificité des troubles mentaux qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire sur le long terme et une lisibilité du parcours de soins. Or, la multiplication des services et des acteurs entraîne nécessairement « un besoin de coordination » à tous les niveaux qui dépend encore grandement d'initiatives individuelles,

¹¹ COUTY E., 2009, « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, 86 p.

¹² Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, *op cit*, p.6.

¹³ ROBILIARD D., 2013, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », 133 p.

comme le soulignent Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut¹⁴. Et les auteurs de rappeler que, malgré les différents plans et rapports en santé mentale, « les politiques publiques de santé mentale peinent à aboutir » et que le secteur « peine à se rénover faute de consensus »¹⁵.

Il n'est donc pas étonnant que le Plan 2011-2015 rappelle en premier lieu la nécessité de prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne (axe 1)¹⁶ : cet objectif doit en effet permettre d'améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques, de renforcer la continuité des soins de crise et post crise, d'améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne, développer le partenariat avec les aidants, améliorer la prise en charge des addictions et la qualité de la vie de la personne, sociale et professionnelle. Par ailleurs, un autre des objectifs majeurs de ce plan, repris par le législateur depuis 2004, est de prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires (axe 2). Il s'agit notamment de « structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations »¹⁷. Il convient également de noter que ce rapport insiste naturellement sur le renforcement de la démocratie sanitaire, une demande récurrente des associations de familles et d'usagers. Cet aspect est aujourd'hui essentiel dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé et les efforts des pouvoirs publics ont été remarquables ces dernières années. Enfin, du fait de sa dimension transversale, à la fois sociale, sanitaire et médico-sociale, la santé mentale est une des priorités mises en avant dans la Stratégie nationale de santé (SNS).

Les outils de coopération au service d'une politique de santé mentale renouvelée

Dans ce contexte, les outils de coopération sont multiples et les acteurs sont tentés d'utiliser le large panel mis à leur disposition par les différentes lois hospitalières et médico-sociales. La loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)¹⁸ renforce la place centrale donnée aux Groupements de coopération sanitaire (GCS) créés en 1996 et ajoute un outil réservé aux établissements publics avec la création des Communautés hospitalières de territoire (CHT). Le GCS est donc aujourd'hui l'outil juridique privilégié, à la fois par une grande partie des acteurs du secteur qui y

¹⁴ BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, p 51.

¹⁵ *Ibid*, p. 46.

¹⁶ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, *Op cit*, p. 18.

¹⁷ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, *Op cit*, p. 25.

¹⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel, n°167 du 22 juillet 2009, p. 12184, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

voient un outil souple et reconnu, mais aussi par les pouvoirs publics qui s'appuient sur la volonté du législateur de simplifier et d'unifier ces instruments. Le GCS apparaît donc comme l'outil le plus adapté dans un secteur diversifié et éclaté comme celui de la santé mentale, car il permet d'impliquer une multiplicité d'acteurs privés comme publics et ce, dans tous les secteurs d'intervention. En 2012, 491 GCS étaient déjà constitués¹⁹.

La coopération devient donc un des moyens de parvenir à décroiser les différents secteurs d'autant qu'à la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) a succédé celle des Agences régionales de santé (ARS) en 2009. Ces dernières, à travers les attributions du Directeur général de l'ARS (DGARS), disposent de moyens considérables afin d'impulser, orienter ou imposer les coopérations nécessaires et ce, au-delà du secteur sanitaire. Les outils de planification comme le Schéma régional d'organisation des soins (SROS), dont les objectifs sont déclinés dans chaque établissement dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), prévoient des objectifs en ce sens. Le contexte économique et financier rend d'autant plus attrayant ce type de groupements aux yeux des pouvoirs publics.

En lien avec cet objectif de coopération en santé mentale, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a lancé une expérimentation sur des GCS en psychiatrie en 2010²⁰ afin de favoriser la coordination des personnels, répondre aux besoins et aux situations spécifiques n'ayant pas reçu de solutions et aboutir à une meilleure lisibilité du parcours de soins. Pourtant, cette expérimentation a aujourd'hui laissé la place aux GCS Santé mentale, aux contours plus larges et transversaux.

Une impulsion régionale : vers la mise en place de GCS Santé mentale

Devenue une priorité de santé publique et de la nouvelle Stratégie nationale de santé, la mise en œuvre des objectifs nationaux en santé mentale a donc été confiée aux ARS en application des orientations de la loi HPST. Ainsi, l'ARS Aquitaine a pour mission de répondre à ces objectifs en fonction des besoins de ses territoires. Le Plan régional de santé de la région Aquitaine²¹ réaffirme sans surprise les grands objectifs en matière d'organisation et de coordination des soins, d'amélioration de la prise en charge des

¹⁹ MINISTERE DE LA SANTE, *Le groupement de coopération sanitaire*, [mise à jour en août 2013] disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/le-groupement-de-cooperation-sanitaire.html>

²⁰ FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Démarche d'expérimentation du groupement de coopération en psychiatrie* [mis à jour en août 2010], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Actualites/Offre-de-soins-Qualite/Psychiatrie-et-sante-mentale/Demarche-d-experimentation-du-Groupement-de-Cooperation-en-psychiatrie-GCS>

²¹ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE, *Projet régional de santé 2011-2016*, disponible sur internet : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Le-Projet-regional-de-sante-d.130999.0.html>

maladies mentales et du handicap psychique, notamment suite aux constats et aux revendications des acteurs de la santé mentale et de l'UNAFAM, largement exprimés lors des Conférences de territoire. Pour autant, l'impulsion réelle vers plus de coopération au sein de chaque territoire de santé fut donnée au début de l'année 2013 à la suite de la nomination au troisième trimestre de l'année 2012 de Michel Laforcade comme directeur général de l'ARS Aquitaine²². Fort de son expérience comme DGARS du Limousin, où il a œuvré avec succès à la mise en place d'un des premiers GCS Santé mentale, le GCS Santé mentale et handicap du Limousin²³, il fixe dès mars 2013 comme mission à chaque Délégation territoriale de l'ARS (DTARS) de mettre en place au moins un GCS Santé mentale dans l'ensemble des départements de la région avant la fin de l'année 2014. En novembre 2013, une réunion d'information a réuni l'ensemble des acteurs concernés par les problématiques de santé mentale au siège de l'ARS à Bordeaux afin de présenter cette démarche. Cette réunion s'est notamment appuyée sur la présentation du GCS Santé mentale et handicap du Limousin. Faisant suite à cette réunion, la DTARS du Lot et Garonne a souhaité le démarrage rapide d'une réflexion sur un GCS Santé mentale et les premières réunions ont été organisées.

Les spécificités de l'organisation de la psychiatrie en Lot et Garonne

Cette démarche de coopération ne saurait être évoquée sans mettre en lumière le contexte particulier lié à l'organisation de la psychiatrie en Lot et Garonne. Cette organisation se base en effet sur les capacités d'hospitalisation du Centre hospitalier départemental (CHD) de La Candélie²⁴ situé à Pont du Casse, à 5km de la ville d'Agen, préfecture du Lot et Garonne. Le CHD dispose de 309 lits en hospitalisation complète, 155 places en hospitalisation de jour/nuit et de 230 places en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Il dispose en outre de 3 CMP et 10 antennes locales réparties dans le département. Dans le domaine de l'addictologie, l'établissement dispose de 10 lits de médecine et de 4 lits de Soins de suite et de réadaptation. Enfin, le CHD a récemment inauguré une Maison d'accueil spécialisée (MAS) de 48 places. A cet important dispositif psychiatrique s'ajoute la prise en charge des patients au sein des Services d'accueil d'urgence (SAU) du département qui peuvent orienter les patients vers les services psychiatriques en cas de besoin. Une prise en charge psychiatrique peut être assurée au Centre hospitalier (CH) d'Agen qui dispose de 20 lits d'hospitalisation au sein

²² AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE, *Michel Laforcade a été nommé mercredi Directeur général de l'Agence régionale de santé Aquitaine*, [mis à jour en 2012], disponible sur internet : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Michel-Laforcade-a-ete-nomme-m.141578.0.html>

²³ Cf. Annexe 1 « Article de la revue Direction[s] sur le GCS Santé mentale et Handicap du Limousin ».

²⁴ CENTRE HOSPITALIER DE LA CANDELIE, *Les chiffres clés*, [mis à jour en juin 2014], disponible sur internet : http://www.ch-candelie.fr/spip.php?page=article&id_article=16

d'une Unité clinique psychiatrique et de 7 lits en Unité de crise. Ce dispositif fait partie d'une Fédération médicale interhospitalière (FMIH) créée en 2013 avec le CHD afin de garantir une régulation harmonieuse des urgences psychiatriques et une prise en charge alternative à l'hospitalisation complète à La Candélie.

En 2008, suite à une crise interne, le directeur du CHD a saisi la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) qui a procédé à l'examen de l'ensemble du dispositif psychiatrique départemental. Le rapport de la Mission²⁵ évoque notamment les partenariats que le CHD est amené à nouer dans le département. Les difficultés apparaissent alors au grand jour : les problématiques de connaissance réciproque des acteurs, un déficit de lisibilité de l'organisation territoriale de la psychiatrie qui témoigne de cloisonnements, les disparités entre les initiatives menées dans le département (initiatives individuelles, etc.), un décalage entre les attentes des acteurs et celles perçues par le CHD. Les objectifs du CPOM²⁶ du CHD, signé le 22 février 2013 avec l'ARS, reprennent pour partie les difficultés évoquées dans le dossier de la MNASM. Il s'agit pour le CHD de favoriser la mise en place de coordinations thématiques transversales, notamment avec le secteur médico-social. Des objectifs qui prennent aujourd'hui tout leur sens avec l'émergence de ce projet de GCS Santé mentale.

Du côté des principales associations du secteur médico-social, le constat reste celui d'un besoin d'accompagnement de la part du CHD notamment en termes de suivi médical des usagers ou bien lors de situations complexes qui provoquent des ruptures du parcours de soins. Il est vrai que le déploiement des prises en charge dans ce secteur est le fait de plusieurs associations bien implantées historiquement et dont les relations avec le CHD sont parfois peu formalisées ou liées à des volontés individuelles. Cette situation ne permet pas toujours le développement des partenariats et pourrait, à termes, mettre en danger la pérennité des échanges déjà engagés.

Nous pourrions dès lors affirmer que tous ces éléments semblent aboutir à la création d'un GCS fonctionnel et accepté par tous sur le territoire tant il répond aux impératifs nationaux, à des besoins largement connus et partagés, et à la nécessaire restructuration des partenariats locaux. Pour autant, les premiers contacts avec les acteurs départementaux ont été plutôt timides, témoignant des inquiétudes et de l'histoire du département. Il est très vite apparu aux pouvoirs publics que sans une mobilisation de l'ensemble des acteurs, et en premier lieu des directeurs des structures les plus

²⁵ MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE, 2009, « L'organisation de la psychiatrie du département du Lot et Garonne », 148 p.

²⁶ Cf. Annexe 2 : « Extraits du CPOM du CHD La Candélie ».

importantes, ce projet pourrait très vite rencontrer des difficultés et ne devenir qu'un cadre juridique imposé mais vide de sens.

Le directeur, coordonnateur des projets de coopération territoriale

Malgré les difficultés qu'elle peut susciter, la coopération hospitalière et médico-sociale est un enjeu d'avenir pour les directeurs d'établissement. En effet, les pouvoirs publics, notamment les ARS, orientent de plus en plus leurs préconisations vers le renforcement des actions de coopération territoriale. Cette volonté relève de plusieurs postulats stratégiques pour l'Etat et ses agences régionales de santé. La coopération est un levier de réorganisation et de clarification de l'organisation des soins sur un territoire, elle doit permettre de fluidifier les parcours et d'améliorer les prises en charge. Elle doit permettre de rationaliser les processus de décision et de simplifier la liste des interlocuteurs des pouvoirs publics afin de conduire plus rapidement les mutations du service public au sein des territoires. Enfin, elle doit si possible permettre de réaliser des économies, dans le cadre de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) fixé par les Lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Dans ce contexte, le directeur apparaît comme l'acteur clef de ces processus qui ne peuvent se dérouler sans l'assentiment et l'implication des directions et des professionnels des établissements concernés. La nécessité d'améliorer le parcours de soins et de trouver des solutions pour les situations difficiles rend ces coopérations nécessaires afin de pallier collectivement, et dans un contexte budgétaire contraint, les difficultés de prise en charge. En outre, la santé mentale, enjeu de santé publique, est un domaine transversal à tous les secteurs dans lesquels peut intervenir le Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESSMS). La connaissance de ces différents secteurs, de ses acteurs et des publics accueillis sont autant d'atouts pour le DESSMS qui font écho aux objectifs de décroisement affichés par les experts et les pouvoirs publics.

Si l'ARS se positionne souvent comme pilote ou initiatrice de ces coopérations, elle entend pourtant qu'elles soient portées par les directeurs d'établissement et ce, dès leur conception afin d'en assurer la pérennité et l'efficacité. Les actions de coopérations au niveau territorial sont donc régulièrement mises en place sous la coordination d'un directeur d'établissement, choisi et missionné par l'ARS afin de mener les travaux collectifs de préparation et de suivi. Les méthodologies de conduite de projet sont le plus souvent basées sur des réunions d'informations, la mise en place d'un comité de pilotage et de groupes de travail thématiques. Ainsi en est-il des futurs volets du projet médical commun de la CHT du Lot et Garonne qui ont fait l'objet de plusieurs méthodologies de projet : le volet « santé mentale » a été nécessairement coordonné par le directeur du CHD et le volet « personnes

âgées » a été rédigé par le directeur adjoint du Centre hospitalier d'Agen, directeur délégué de plusieurs sites médico-sociaux.

Dans le cas de la construction du GCS Santé mentale, le Centre hospitalier d'Agen fut convié aux premières réunions de travail afin d'évoquer les contours du projet et les attentes de principaux acteurs. Lors de ces premières réunions, j'ai pu proposer mes services à la DTARS afin de participer à la mise en place de ce GCS en lien avec le CHD, désigné coordonnateur du projet. Cet appui s'inscrit donc dans les missions d'un directeur, tout en bénéficiant des avantages liés au positionnement d'un élève-directeur stagiaire, notamment en termes de neutralité dans les débats locaux et dans la capacité à faire face avec détachement aux positionnements traditionnels des acteurs du département. Ma mission présentait donc plusieurs aspects : organiser concrètement la mise en place du GCS sur le territoire en coordination avec les équipes de la DTARS et du CHD et assurer la mobilisation de tous les acteurs susceptibles d'y adhérer.

Les questionnements liés à la mise en place du GCS Santé mentale

La thématique de la construction d'un GCS Santé mentale en Lot et Garonne était donc un moyen d'analyser concrètement, en tant qu'acteur participant et dans une perspective professionnelle, la mise en place de ce groupement. La question centrale qui m'a permis de mener cette réflexion fut la suivante : « quels sont les enjeux liés à la construction d'un GCS Santé mentale sur le territoire du Lot et Garonne ? ». Cette question centrale permettait de traiter tous les aspects initiaux et stratégiques qui président à la construction pratique de tels groupements : les attentes des différents acteurs, leur positionnement, ainsi que les réticences et les difficultés rencontrées à l'aune des objectifs fixés par l'ARS.

Cette question m'a permis d'explorer trois sous-questions :

Comment respecter en pratique les équilibres locaux et les enjeux d'influence au sein du département, notamment étant donné les difficultés de positionnement de l'ARS et du CHD ?

Quels sont les objectifs de ce futur groupement au regard des besoins exprimés par les acteurs du département et comment réaliser le consensus général nécessaire afin de les concrétiser sur le terrain ?

Quels peuvent être les orientations futures de ce GCS et les pistes d'actions à envisager dans le cadre plus large de l'articulation de l'ensemble des dispositifs de coopération au niveau départemental voire régional ?

Force est de constater que l'amélioration de la prise en charge des usagers en santé mentale est un enjeu stratégique partagé par l'ensemble des acteurs du département du Lot et Garonne (1). Si les difficultés de prise en charge sont bien identifiées (1.1), elles témoignent de la persistance de cloisonnements et de réticences (1.2) et des limites des coopérations actuelles (1.3).

De fait, le futur GCS santé mentale s'oriente donc vers un outil souple construit à partir d'objectifs concrets et bien identifiés (2). Ces objectifs devront tout d'abord répondre aux différentes difficultés de prise en charge sur la base d'un prolongement des dispositifs existants (2.1). En pratique, les outils déployés seront simples et pragmatiques (2.2) afin d'envisager le développement futur du groupement sur la base d'un pilotage cohérent et dynamique (2.3).

Une méthodologie adaptée aux réalités locales

Une recherche documentaire active a été menée sur les deux thèmes majeurs de ce mémoire : les modalités de construction d'un GCS sur un territoire donné, les possibilités et caractéristiques juridiques de ces groupements, les difficultés rencontrées ainsi que sur les enjeux liés à la santé mentale et à la coopération dans ce domaine. Il est vrai que très peu de GCS Santé mentale se sont pour l'instant constitués en France, hormis l'exemple le plus abouti, le GCS Santé mentale et handicap du Limousin. En conséquence, la bibliographie sur les GCS Santé mentale est inexistante.

Outre cette recherche bibliographique, une immersion en observation dans tous les services du CHD a été organisée pendant une semaine²⁷. Celle-ci m'a permis de visiter l'ensemble des services de psychiatrie, que ce soit au sein du CHD en échangeant avec les cadres de santé et professionnels des pôles mais aussi en ambulatoire dans les principaux CMP et Hôpitaux de jour (HDJ) du département.

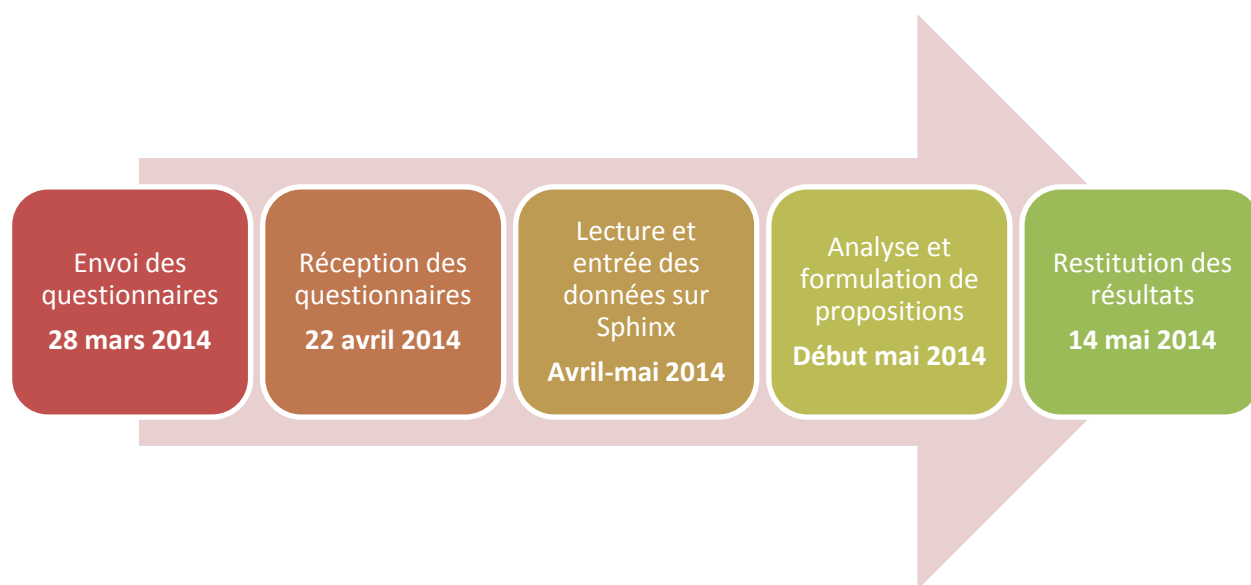
Cette semaine a été complétée par une semaine en immersion au sein des services de la DTARS du Lot et Garonne²⁸, afin de mieux connaître les rouages de cette administration et les liens qu'elle entretient avec le siège bordelais de l'ARS. Cette

²⁷ Du 17 au 21 mars 2014.

²⁸ Du 24 au 28 mars 2014.

semaine fut riche en enseignements et m'a permis de participer activement à la mise en place du groupement.

Les premières réunions d'informations menées par la DTARS n'avaient rassemblé que les principaux acteurs du département (CHD, CH, associations gestionnaires les plus importantes, Conseil général (CG), etc.). Toutefois, ce groupement ayant vocation à faire participer l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux du département, nous avons décidé d'un commun accord d'envoyer un questionnaire d'information et d'identification des besoins²⁹ à l'ensemble de ces acteurs. Ce questionnaire a fait l'objet de nombreuses réunions et modifications afin de l'adapter aux réalités locales et aux attentes des acteurs. Une fois ce questionnaire envoyé, j'ai assuré la collecte et l'analyse des résultats grâce au logiciel Sphinx³⁰. Ce logiciel permettait une analyse statistiques des données et une analyse par mots-clefs qui fut grandement utile afin d'étudier les réponses aux questions ouvertes dans lesquelles les acteurs ont laissé libre cours à leurs réflexions. Enfin, une restitution des résultats fut organisée auprès des acteurs. Lors de cette restitution officielle, j'ai pu présenter les résultats obtenus et formuler des propositions de pistes d'action, de planification des travaux et de calendrier prévisionnel.



A la fin de cette restitution, un Comité de pilotage (COPIL) s'est constitué ainsi que des groupes de travail thématiques, basés sur les thèmes que j'ai pu mettre en avant lors de ma présentation. La réunion du premier COPIL a eu lieu le 18 juin 2014 et a permis de préparer un premier projet de convention constitutive qui fut envoyé à l'ARS le 30 juin 2014 conformément aux objectifs fixés par le DGARS. Les groupes de travail, dont la

²⁹ Cf. Annexe 3 : « Exemple de questionnaire d'information et d'analyse des besoins ».

³⁰ Cf. Annexe 4 : « Profil des répondants au questionnaire ».

composition a été finalisée pendant le mois de juin, seront composés de directeurs et de professionnels issus de diverses structures du département et se réuniront à partir de septembre 2014.

Afin d'approfondir la réflexion sur les attentes des différents acteurs, divers entretiens ont été menés avec les principaux acteurs du territoire³¹ : associations gestionnaires membres du COPIL, direction du CHD et du CH d'Agen, psychiatres, représentants des usagers. Ces entretiens étaient nécessaires afin d'éclaircir certains positionnements ou certaines propositions évoquées dans les questionnaires. En outre, ils m'ont permis de collecter une information et des réflexions plus personnelles auprès des différents directeurs et professionnels, un discours qu'il est parfois difficile d'obtenir dans une production écrite institutionnelle et officielle comme a pu l'être le questionnaire³².

³¹ Cf. Annexe 5 : « Liste des entretiens réalisés ».

³² Cf. Annexe 6 : « Exemple de guide d'entretien »

1 Améliorer la prise en charge des usagers en santé mentale : un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs

Pour beaucoup d'acteurs lot et garonnais, la création de ce GCS Santé mentale reste une figure imposée par l'ARS dont les contours et la nécessité semblent encore peu définis. Pourtant, le sens d'un tel groupement transparaît dans l'analyse des problématiques de prise en charge (1) qu'il s'agisse des préoccupations du CHD (1.1.1) ou bien des ruptures de parcours régulièrement dénoncées dans plusieurs secteurs (1.1.2).

A ces besoins identifiés correspondent aussi la persistance de cloisonnements et une méconnaissance réciproque des acteurs (1.2) témoins encore visibles du déploiement historique du secteur associatif en Lot et Garonne (1.2.1) et de la permanence de réflexes de repli et de méfiance entre certains acteurs (1.2.2).

De fait, ces dysfonctionnements éclairent en partie les limites des coopérations actuelles (1.3) dont les partenariats sont peu formalisés ou encore peu développés (1.3.1) et pour lesquels la multiplication des grands projets de coopération limite la cohérence d'ensemble (1.3.2).

1.1 Les problématiques de prise en charge en Lot et Garonne

1.1.1 Un enjeu stratégique pour le CHD : limiter les inadéquations et fluidifier les parcours

Comme beaucoup de structures psychiatriques, le CHD souffre depuis plusieurs années de tensions concernant ses lits d'hospitalisation complète (saturation des capacités du CHD) liées en partie à l'augmentation constante des « inadéquations » d'hospitalisation. Comme le précise Bastien Duhamel³³, il s'agit de « séjours longs liés au manque ou à l'absence de réponses sociales et/ou médico-sociales adaptées à des patients souffrant de maladies psychiatriques les empêchant de vivre en milieu ordinaire (logement individuel ou hébergement par la famille) et de bénéficier d'une insertion sociale et/ou professionnelle. » Le rapport de la MNASM évoque longuement l'urgence et la nécessité pour le CHD de résorber ces hospitalisations qui résultent d'une « impossibilité de faire sortir dans des conditions correctes

³³ DUHAMEL B., 2007, *Les « inadéquations » d'hospitalisations au long cours en psychiatrie : stratégie d'établissement et actions institutionnelles autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin*, Mémoire de l'Ecole nationale de la santé, p. 1.

des patients qui ne devraient pas rester à l'hôpital, tandis que d'autres en phase aiguë peinent à y accéder, faute de places »³⁴.

Or, cette situation pose problème car, si ces patients disposent de soins de qualité au CHD, la prise en charge globale reste inadaptée à leur situation et pourrait relever de structures médico-sociales dont le cœur de métier est orienté vers l'accompagnement social et la réinsertion professionnelle. Plus encore que la saturation des lits d'hospitalisation du CHD, lutter contre ces inadéquations doit donc avoir pour objectif de proposer une prise en charge qui permette de répondre efficacement aux besoins de ces populations. Le directeur du CHD estime à environ 20% le nombre de patients relevant d'inadéquation d'hospitalisation dans son établissement. L'analyse menée par la MNASM³⁵ a mis en lumière deux types de profils de patients qui peuvent être classifiés ainsi. Il s'agit tout d'abord d'une minorité de patients polyhandicapés ou avec des troubles graves du comportement dont la prise en charge relève d'une MAS ou d'un Foyer d'accueil médicalisé (FAM). Il s'agit ensuite, pour la grande majorité des inadéquations, de personnes qui peuvent sortir rapidement d'hospitalisation si elles bénéficient d'actions de réhabilitation psychosociale qui pourraient par exemple relever d'un Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou d'un SAMSAH.

La direction du CHD a bien conscience de ce problème qui figure dans les objectifs de son CPOM³⁶ et a d'abord tenté de trouver des solutions en interne. A ce titre, elle a ouvert en mai 2011, la MAS du Sécuran, afin d'orienter une partie des handicapés psychiques relevant d'inadéquations d'hospitalisation. Toutefois, ce dispositif a rapidement montré ses limites. Malgré la volonté de regrouper les patients par problématiques en dépassant la sectorisation géographique interne du CHD, la nouvelle MAS reste forgée sur le modèle de pavillon de psychiatrie traditionnel (des binômes architecturaux). De plus, le bâtiment est relativement excentré, situé en contrebas du CHD. De fait, il a connu des débuts difficiles (climat social dégradé, sentiment d'isolement). Ce climat témoigne en partie de la difficulté pour un établissement psychiatrique de créer en son sein des structures médico-sociales notamment du fait de la réticence d'une partie des professionnels et du manque d'acculturation a priori au secteur médico-social. Enfin, ce projet de MAS questionne le financement de ces structures médico-sociales déployées par le CHD. En effet, ce projet a été financé en partie par un redéploiement des ressources du CHD, alors même que ce n'est pas son cœur de métier et que le CG s'avère réticent à financer des nouvelles structures, faute de moyens. Pour autant, cette diversification reste pour l'instant un des moyens de palier les insuffisances du secteur médico-

³⁴ MNASM, *op. cit.*, p 40.

³⁵ MNASM, *op. cit.*, p.41.

³⁶ Cf. Annexe 2 : « Extraits du CPOM du CHD La Candélie ».

social en attendant une négociation avec le CG à propos du financement. Le directeur du CHD rappelle d'ailleurs que le futur projet d'établissement devra avoir pour objectif majeur de solutionner ce problème en proposant des prises en charge innovantes. Le projet d'établissement 2015-2020³⁷, dont la méthodologie de projet se déploiera jusqu'à la fin de l'année, devrait ainsi prévoir la création d'un FAM. Par ailleurs, son projet médico-administratif a précisément pour objectif majeur une meilleure adéquation des besoins avec les capacités d'hospitalisation.

Toutefois, cette réponse en interne au problème des inadéquations ne peut pas être une solution unique d'autant que la majorité des hospitalisations inadéquates ne relèvent pas de ces structures. Comme l'a souligné la MNASM : « il appartient au Centre hospitalier La Candélie d'apprendre à s'appuyer davantage sur son réseau de partenaires en amont et en aval, et de se positionner dans une logique de complémentarité, et non, [...] dans une logique de concurrence. »³⁸ Le CHD dispose en effet d'un véritable réseau départemental, notamment du fait de l'action territorialisée de ses CMP mais aussi du fait d'un ensemble de conventions nouées au fil des années avec un grand nombre d'acteurs sociaux et médico-sociaux. Les relations du CHD avec ses partenaires posent la question de la fluidité des parcours de soins, intimement liée à celle des inadéquations. En effet, limiter les inadéquations d'hospitalisation nécessite une action de prévention et de suivi dans ces établissements afin d'éviter les réhospitalisations soudaines et évitables liées à des situations difficiles. Pourtant, depuis plusieurs années, le CHD peine à répondre aux besoins d'intervention et de consultation dans les secteurs du Lot et Garonne. Le président de la Commission médicale d'établissement (CME) du CHD rappelle en effet que les effectifs actuels permettent difficilement de prendre en charge la demande des établissements médico-sociaux dont le nombre a considérablement augmenté depuis 20 ans, alors même que le temps disponible de psychiatre diminuait (hausse du travail administratif et de coordination par exemple). Car au-delà d'une stratégie interne du CHD, c'est bel et bien l'amélioration de la psychiatrie de liaison et de crise au niveau du territoire qui est un des enjeux majeurs qui se dessine à travers ce sujet des inadéquations. Ce phénomène met donc en lumière la nécessité d'une véritable « politique de santé mentale territorialisée »³⁹ au sein du département du Lot et Garonne. Le GCS constitue donc une opportunité pour faire émerger les coopérations et les échanges nécessaires à la réalisation d'une telle politique.

La constitution du GCS peut être un moyen de mobiliser les forces médico-sociales du département afin d'assurer la prise en charge de ces usagers tout en formalisant la constitution

³⁷ Cf. Annexe 7 : « Informations sur le projet d'établissement 2015-2020 du CHD ».

³⁸ MNASM, *op. cit.*, p. 41.

³⁹ DUHAMEL, *op. cit.*, p. 1.

de parcours plus fluides entre le CHD et ces acteurs. Cette problématique apparaît notamment prégnante dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées ainsi que celui des adolescents ou jeunes adultes déficients psychiques.

1.1.2 Les difficultés de prise en charge des adolescents, jeunes adultes et personnes âgées déficients psychiques

L'analyse des besoins menée auprès des principaux acteurs médico-sociaux du Lot et Garonne grâce aux questionnaires et aux divers entretiens met en avant plusieurs difficultés qui ont trait à la prise en charge des adolescents et adultes déficients psychiques. Ces difficultés sont de deux ordres et concernent le besoin de relais et d'étayage des établissements médico-sociaux en cas de difficulté de prise en charge afin d'éviter les ruptures du parcours de soins, et les besoins criants de formation en santé mentale du personnel de ces établissements du fait de l'évolution des publics accueillis. Les acteurs ont conscience que le futur GCS pourrait être un levier efficace afin de faciliter ces prises en charge en Lot et Garonne.

La persistance de ruptures dans le parcours de soins des usagers

En ce qui concerne la prise en charge des adolescents, le dispositif actuel du CHD est composé depuis 2008 d'une unité d'hospitalisation interne dénommée Mozart. Cette unité a connu quelques difficultés à ses débuts mais dispose aujourd'hui de 8 lits d'hospitalisation ainsi qu'un lit d'urgence. A cette unité s'ajoute le Réseau départemental d'aide aux adolescents en difficultés (RESEDA) créé en 1999. L'équipe pluridisciplinaire du RESEDA est rattachée au CHD et assure une mission de prévention, de suivi des soins et l'articulation de l'ensemble des partenaires extérieurs à travers un véritable réseau d'acteurs scolaires, sociaux et médico-sociaux. Enfin, une maison des adolescents est installée à Agen afin de faciliter l'écoute et l'orientation des jeunes.

Malgré l'efficacité du RESEDA et l'implication des acteurs locaux, des difficultés de prise en charge persistent concernant la prise en charge des risques de rupture de parcours de soins et l'insuffisance de l'offre réservée aux adolescents. La directrice de l'Association laïque de gestion d'établissement d'éducation et d'insertion (ALGEEI) évoque tout d'abord la difficulté à faire face aux périodes de rupture pendant lesquelles l'adolescent va tester les limites de la structure jusqu'à mettre l'équipe éducative en échec. En parvenant à la rupture, l'adolescent est conforté dans sa pathologie. Ainsi, il semble nécessaire de mettre en place « des réponses collectives face à ces publics difficiles ». Pour cela, les professionnels souhaitent que le projet de

l'adolescent puisse prévoir dès le départ une solution aux périodes de rupture par le biais d'un relais et d'une solidarité entre les structures du département. Cette anticipation des périodes de crise constitue un levier important afin de garantir un véritable parcours de soins et éviter le plus possible les hospitalisations d'urgence au sein du CHD dont les places sont par ailleurs limitées. Plusieurs solutions sont alors possibles grâce notamment à un partenariat renforcé avec le CHD. Celui-ci peut passer par l'intervention d'une équipe mobile ou d'un praticien afin d'anticiper ces situations de crise. Le renforcement des échanges d'usagers permettrait aussi de faire bénéficier aux patients du CHD d'un accompagnement médico-social et d'un travail éducatif, à condition que soit organisé un étayage en soins en période de crise et qu'un retour des patients soit possible. Malgré l'organisation de plusieurs groupes de travail et un constat largement établi depuis plusieurs années, il semble que les blocages persistent concernant la prise en charge des adolescents au niveau départemental. Le rapport de la MNASM évoquait déjà la nécessité d'articuler l'unité d'hospitalisation du CHD avec les autres partenaires du champ de l'adolescence afin de compléter l'offre de soins. A ce problème de rupture du parcours de soins s'ajoute une absence d'acteurs ou de structures psychiatriques intermédiaires pour la prise en charge des adolescents en dehors des situations de crise graves qui trouvent une réponse au sein de l'unité Mozart. Les acteurs associatifs évoquent notamment l'absence d'hôpital de jour (HDJ) pour adolescents ou encore le manque d'appartements thérapeutiques. Cet état de fait est aussi dû à la persistance d'hésitations et aux réticences de certains professionnels qui ne souhaitent pas mettre en place ces dispositifs. Ces blocages obligent parfois les associations à se tourner vers les métropoles bordelaise ou toulousaine pour certaines prises en charge.

En ce qui concerne les adultes déficients psychiques, les revendications du secteur associatif concernent le plus souvent un souci « d'assurance du soin » pour leurs usagers. En effet, les directeurs de l'Essor en Lot et Garonne et du Groupement d'associations partenaires (GAP) du Lot et Garonne évoquent notamment la nécessité d'avoir un suivi médical des usagers plus régulier au sein des établissements accueillant des handicapés psychiques. Ceci nécessite donc une meilleure communication avec le milieu médical, un renforcement des consultations et le développement des relations plus régulières avec le secteur. Cette demande risque toutefois de se heurter à la problématique du temps médical disponible au sein des secteurs psychiatriques dont le président de la CME rappelle que ce temps médical tend à décroître et permet difficilement au CMP d'assurer leurs missions actuelles. Malgré cela, force est de constater que nombreux sont les psychiatres qui interviennent dans les établissements notamment par le biais de conventions d'Activité d'intérêt général (AIG). Ces conventions médicales signées avec le directeur du CHD permettent aux psychiatres d'intervenir dans ces établissements tout en étant rémunérés en sus pour cette activité. Si le dispositif actuel reste

imparfait, une meilleure communication et une réorganisation de ces temps sur le territoire pourrait permettre de remédier à ce problème dans le cadre du futur GCS.

Outre la nécessité d'assurer le soin effectif et le suivi des usagers, les acteurs évoquent aussi la nécessité de travailler sur la prévention de la décompensation et du passage à l'acte suicidaire des handicapés psychiques. Ainsi, la directrice du SAMSAH Santé mentale et le directeur de l'Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT) Cart'services insistent-ils sur le renforcement de l'évaluation des risques afin d'anticiper les situations d'urgence en lien avec le CHD. Nombreuses sont les situations de tentatives de suicide ou les passages à l'acte qui ont été repérés mais pour lesquels le manque d'évaluation ou d'anticipation ont mené à des drames. Pour l'ensemble de ces professionnels, il est aujourd'hui temps d'agir sur ces situations concrètes, notamment par le biais d'une meilleure communication et coordination entre les différents acteurs.

Enfin, dans le domaine des personnes âgées, les EHPAD sont souvent en demande de soutien lors de situations de crise d'un des résidents. Pour faire face à ces problèmes récurrents, le CHD a créé une Equipe mobile de géro-psycho-geriatrie (EMGP) en 2013. Cette équipe mobile, dotée d'une équipe pluridisciplinaire, est toutefois limitée au secteur d'Agen et de Villeneuve sur Lot et ne couvre pas les besoins de tout le département. Les EHPAD sont donc fréquemment confrontés à ces situations de crises et sont demandeurs d'avis médicaux de la part de psychiatres ou d'une prise en charge en urgence dans les Services de géro-psycho-geriatrie (SGP) du CHD. Une coopération dans ce domaine semble donc tout à fait nécessaire comme le rappellent bon nombres de questionnaires.

Extrait du questionnaire rempli par l'EHPAD René Andrieu de Monflanquin

« Une telle coopération permettrait d'être une ressource pour notre établissement en cas de crise aiguë en termes de santé mentale qui pourrait nécessiter une hospitalisation ou bien un rendez-vous externe. En second lieu, cette coopération permettrait une continuité des soins, une ouverture sur l'extérieur et un suivi psychiatrique pour les usagers le nécessitant. »

Le président de la CME évoque également l'absence de réponse à ces situations. Il rappelle que les CMP assuraient autrefois cette mission auprès des EHPAD mais qu'il est aujourd'hui impossible pour le CHD d'assurer des visites en EHPAD du fait de la multiplication

des structures depuis 20 ans et de la diminution du temps médical de psychiatre effectivement disponible.

Un fort besoin de formation en santé mentale dans le domaine médico-social

Il s'agit également pour les acteurs médico-sociaux de faire face aux changements profonds liés au public accueilli dans les établissements sociaux et médico-sociaux. En effet, comme le constatent de nombreux acteurs publics ou associatifs, le public accueilli est dorénavant en proie à des troubles psychiques et du comportement majeurs, doublés de problèmes sociaux importants. Or, le personnel de ces établissements, notamment médico-sociaux, n'est pas formé à affronter ces nouveaux publics. Plus généralement, la question se pose de la prise en charge du handicap psychique, désormais largement présent dans les établissements du département. Le personnel reste mal informé comme en témoigne le directeur de l'association l'Essor, précurseur et personne ressource essentielle dans la prise en charge spécifique du handicap psychique au sein du département. Selon lui, les directeurs et le personnel doivent se former au handicap psychique. La Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) est contrainte de gérer régulièrement les conséquences de ce manque de formation car les personnes handicapées psychiques sont écartées de certains établissements qui n'ont pas su accompagner ces pathologies.

La plupart des associations du département n'ont pas d'agréments spécifiques pour le handicap psychique à l'exception de l'Essor et de Solincité. Ainsi, plusieurs établissements médico-sociaux accueillent des handicapés psychiques sans avoir les compétences adaptées à la prise en charge de ce type de public. Une formation spécifique des personnels de l'ensemble du département dans ce domaine paraît donc essentielle et un futur GCS pourrait être un facilitateur et un moyen d'organiser des formations qui profitent à tous.

1.2 Cloisonnements, méfiances et méconnaissance des acteurs

1.2.1 Des logiques associatives différenciées à prendre en compte

La configuration du secteur médico-social en Lot et Garonne est le fruit d'un déploiement historique des différentes associations sur le territoire ainsi que des logiques de développement différentes. Ces éléments expliquent en partie la stratégie des différentes associations vis-à-vis des groupements de coopération et en particulier vis-à-vis de ce GCS.

L'ALGEEI, puissance locale à vocation régionale

En termes d'effectifs et de places autorisées, l'ALGEEI est la plus grande association gestionnaire du département. En effet, l'association dispose en Lot et Garonne de quinze établissements pour enfants (dont quatre Instituts médico éducatifs (IME), trois Centres médico psychopédagogiques (CMPP) et trois Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)) et de 11 établissements pour adultes (dont deux ESAT) et plusieurs foyers occupationnels, d'hébergement et médicalisés). La situation de l'ALGEEI lui permet donc d'avoir une place privilégiée auprès des pouvoirs publics qui ont longtemps favorisé son déploiement dans le département. Par ailleurs, l'ALGEEI est membre de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP), organisation qui fédère plus de 1600 organismes gestionnaires en France. La directrice générale de l'ALGEEI est aussi représentante de cette fédération en Aquitaine. Ce positionnement explique la vocation régionale de l'association qui dispose désormais d'un foyer occupationnel et d'accueil médicalisé dans le département des Landes. Un CPOM régional a par ailleurs été signé afin de faciliter la gestion de ces établissements et les relations avec l'ARS.

La culture de l'appel à projet, encore renforcée par la loi HPST, semble pourtant questionner le projet associatif de l'ALGEEI⁴⁰. Ce projet mentionne par exemple qu'avec cette nouvelle logique « il apparaît plus complexe pour une association de faire valoir les attentes, les besoins des personnes vulnérables »⁴¹. Elle entend donc influencer sur ces appels par le biais d'un lobbying au niveau départemental et régional lors des consultations organisées lors de l'élaboration des documents de planification. Elle constate aussi que « la mise en concurrence implicite de l'appel à projet développe de nouveaux comportements hostiles mais aussi solidaires » et que « tout mariage n'est pas heureux ! »⁴². Ces éléments expliquent en partie la méfiance qui fut celle de l'ALGEEI lors des premières réunions de consultation. L'accent fut alors mis sur l'équilibre des pouvoirs et le scepticisme quant au choix de l'outil GCS, considéré comme peu stable juridiquement par la directrice de l'ALGEEI, à la différence du statut associatif par exemple. Il semble cependant que cette réaction puisse s'expliquer par la peur que ce projet puisse affaiblir l'identité et le positionnement de l'ALGEEI dans le département. En effet, un groupement intégrant l'ensemble des associations du département avec une répartition des voix et des pouvoirs égale entre chaque association aura effectivement pour effet de diluer la voix de l'ALGEEI au niveau départemental, notamment dans ses relations avec l'ARS. Par ailleurs,

⁴⁰ ALGEEI, *Projet associatif 2012*, disponible sur internet :

<http://www.algeei.org/pdf/PROJETASSOCIATIF.pdf>

⁴¹ *Ibid*, p. 7.

⁴² *Ibid.*, pp. 7-8.

l'association dispose d'une « force de frappe » conséquente dans le département qui lui permet de dialoguer ou coopérer presque d'égal à égal avec le CHD. Or, celui-ci serait pressenti pour coordonner le futur GCS et les actions seront mises en œuvre sur le territoire avec l'ensemble des associations et selon des priorités établies collectivement par les membres du groupement. Par ailleurs, la taille de l'ALGEEI lui a permis d'organiser son propre réseau et ses propres groupements qui devront nécessairement s'articuler avec ceux du GCS notamment un réseau concernant la formation professionnelle.

Finalement, l'attention de l'ALGEEI (et les remarques de la FEHAP) sur la forme juridique du groupement témoignent d'une certaine crispation. L'association est de fait dans l'obligation de participer à ce groupement, car initié par l'ARS, et vers lequel les futurs financements pourraient se tourner en priorité dans le domaine de la santé mentale. Pour autant, l'ALGEEI pourrait tirer parti d'un renforcement des liens avec le CHD afin de faire face aux besoins de prise en charge des adolescents en situation de rupture ou encore pour faciliter la formation dans le domaine de la santé mentale. Malgré ces réticences initiales qu'il convient de relativiser, l'association reste un partenaire incontournable et impliqué dans les projets de coopération comme le rappelle son projet associatif. L'entretien mené avec la directrice de l'ALGEEI confirme qu'aucune opposition de principe n'est perceptible sur ce sujet. L'association reste attentive à la place réservée aux usagers et à l'équilibre des pouvoirs afin d'éviter l'hégémonie d'un seul acteur.

Solincité : pragmatisme et proximité au service des usagers

Le poids important de l'ALGEEI fut contrebalancé à partir de 2005 par la montée en puissance de l'association Solincité. Celle-ci puise ses origines dans les initiatives novatrices d'un instituteur du village d'Escassefort intégrant dès 1972 des enfants handicapés dans sa classe. Plusieurs structures sont créées et plusieurs associations se développent avant de sombrer progressivement dans les problèmes financiers. De 2000 à 2002, une seule association est créée et les dettes sont épurées après de longs efforts. En 2005, une nouvelle directrice, anciennement issue de l'ALGEEI, prend la tête de cette association exsangue, au patrimoine dans un état catastrophique et inadapté. La directrice décide alors de diversifier l'activité de l'association et de répondre à l'ensemble des appels à projet de la loi sur le handicap. Cette association va alors créer un effet de surprise en remportant presque l'ensemble des appels à projet auxquels elle avait candidaté au niveau national. Suite à une analyse des besoins menée avec l'UNAFAM, elle emporte la création du seul SAMSAH Santé mentale du département, un service d'accompagnement spécifiquement dédié à la prise en charge en santé mentale, et d'un Groupement d'entraide mutuelle (GEM). L'association va par la suite se développer en absorbant progressivement plusieurs associations de petite taille et dans des domaines

diversifiés. Elle se structure alors en différents pôles correspondant à ses nouvelles missions : un pôle « enfance » coopère étroitement avec le CHD pour fluidifier les parcours des enfants au sein de structures diversifiées (IME, Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), Centre médico psychologique et infantile (CMPI)...), un pôle « social » intègre l'aide au logement et l'aide à domicile, un pôle intègre le SAMSAH Santé mentale et un service de mandataire judiciaire, un pôle « foyers de vie » est créé pour permettre l'orientation en foyers des personnes handicapées et un pôle « tourisme social » pour faciliter l'accès aux loisirs et aux vacances des personnes en difficultés.

De fait, la logique de Solincité se veut généraliste, transversale et résolument tournée vers le territoire de proximité et de vie des populations. Cette association est donc un acteur incontournable pour le futur GCS qui pourra ainsi bénéficier de l'expérience des équipes dans le domaine spécifique du handicap psychique, notamment grâce à la réussite de la coopération avec le CHD au sein de son pôle enfance mais aussi par la nécessaire articulation du GCS avec le SAMSAH Santé mentale. Qui plus est, Solincité a impulsé la création en 2006 d'un GCS original et très dynamique. Le GCS Moyenne Garonne est un groupement interdépartemental qui regroupe 17 associations et qui œuvre à l'amélioration des parcours des usagers et des prises en charge en fonction des besoins dégagés sur chaque territoire de proximité. Les domaines traités sont eux aussi transversaux et des plateformes locales permettent une coopération pragmatique au plus près du terrain.

L'Essor, association pionnière dans la prise en charge du handicap psychique

L'Essor est une association nationale créée en 1939 par un ecclésiastique et qui s'occupe d'enfants et d'adultes handicapés. Elle comprend 1200 salariés au niveau national. En Lot et Garonne, elle dispose d'un foyer-ESAT, d'un FAM et d'un SAVS. Le développement de cette association dans le département est lié au besoin de trouver des solutions alternatives à l'hôpital pour certaines populations handicapées adultes et notamment les personnes atteintes d'un handicap psychique. Pour cela, un foyer-ESAT a été créé en 1988 à Mézin avec un agrément spécifique pour le handicap psychique. Cet établissement est un des premiers à avoir développé cette prise en charge en santé mentale en privilégiant une inclusion totale des personnes handicapées par le biais d'appartements disséminés dans le village et d'activités originales (une brocante, etc.). Son caractère novateur est reconnu par de nombreux professionnels. Le directeur de l'Essor en Lot et Garonne est par là même un spécialiste reconnu dans le domaine du handicap psychique, membre de la CDAPH. Au sein de cette commission, le directeur constate souvent le manque de formation des agents dans les structures qui accueillent des handicapés psychiques sans avoir d'agrément spécifique. En situation de rupture, ces

personnes sont le plus souvent exclues de ces établissements en cas de problème et le CG est bien en peine pour trouver des solutions de remplacement. La présence de l'Essor au sein du COPIL du GCS est donc un atout fort pour la construction de ce GCS d'autant que l'expertise des membres de l'association sera essentielle dans le domaine du handicap psychique. L'association coopère d'ailleurs avec les services d'hospitalisation pour adultes du CHD depuis de longues années sans toutefois que ces partenariats ne soient formalisés.

Solidar'hom ou l'accompagnement par le travail

Solidar'Hom est une association dont l'objet est d'accueillir, d'aider, d'accompagner, de soutenir et de favoriser l'autonomie des personnes adultes en situation de handicap ou en difficulté sociale. L'association fait partie du groupement de coopération sociale et médico-sociale Néo-Humanys composé, entre autres, de l'association Juvenys pour l'enfance et la justice des mineurs ou de Relience pour les adultes en situation sociale précaire. Si le groupement Néo-Humanys n'a pas vocation à rejoindre le GCS Santé mentale, c'est l'association Solidar'hom qui participera activement au GCS, notamment car elle est implantée en Lot et Garonne à travers son ESAT Cart'services, un service d'hébergement et d'accompagnement en milieu ordinaire (SHA) et un service des tutelles. L'association tisse des liens particuliers avec le CHD en favorisant le passage de l'hospitalisation vers une insertion dans la cité des personnes handicapées psychiques. Cette association souhaite renforcer ses liens avec le CHD en travaillant à une nouvelle convention traitant des situations d'urgence, de soins et d'insertion. Elle sera donc un atout fort pour amorcer le travail dans ces trois domaines mais aussi pour renforcer l'aspect diversifié des prises en charges proposées par le GCS Santé mentale. L'amélioration de la préparation à l'insertion est une question sur laquelle Solidar'Hom pourra aussi travailler afin de renforcer les séjours d'évaluation en lien avec le CHD par exemple ou envisager de nouvelles structures intermédiaires et temporaires afin de favoriser l'insertion des usagers.

Le GAP 47, un groupement de coopération dynamique

Le GAP du Lot et Garonne est un groupement composé de deux associations, l'Association mutuelle d'aide par le travail (AMAT) et l'Association Notre Dame de Pitié (ANDP). Le GAP gère notamment un ESAT conventionné avec le CHD, des foyers d'accueil et d'hébergement ainsi que diverses autres structures dans le département (SAVS, IME,...). Le GAP a pour objectif de se développer au sein du département, notamment en permettant à d'autres associations de les rejoindre et de bénéficier des services mutualisés. Toutefois, les

associations susceptibles de s'engager dans cette démarche sont peu nombreuses et souvent réticentes à l'idée de se fondre dans une structure plus intégrée.

L'idée de coopération constitue la raison d'être du GAP et le GCS est une opportunité pour cette association qui souhaite développer ses liens avec le CHD. Pour son directeur, ce groupement peut notamment être un moyen d'expliquer le handicap psychique, de former les professionnels et de favoriser la solidarité et la connaissance mutuelle des acteurs.

1.2.2 Dépasser les méfiances et les rivalités locales

On constate à la lecture de cette analyse des différents positionnements associatifs que la diversité des acteurs est aujourd'hui une richesse mais aussi un frein aux coopérations et à la fluidité des parcours. Les logiques de filières au sein d'une même association peuvent exister, tandis que les rivalités peuvent parfois bloquer les initiatives et les projets de mutualisations. Au-delà, ce sont aussi des méfiances vis-à-vis du CHD qui président aux réticences de certains acteurs. Malgré leur volonté commune de répondre en priorité aux besoins des usagers, la méfiance et la concurrence se sont parfois installées entre les associations, conséquence de plusieurs logiques de développement radicalement différentes. Aux logiques de transversalité et de proximité s'opposent parfois les logiques départementales et régionales. Les enjeux d'influence se retrouveront à des degrés divers dans le futur GCS qui devra les prendre en compte afin de favoriser un travail commun.

A ces méfiances au sein même du secteur associatif s'ajoute une méfiance vis-à-vis du CHD, seul établissement sanitaire psychiatrique du département. Comme le rappelle le président de la CME, « le CHD est en situation de monopole, et il n'y a pas d'offre privée en Lot et Garonne ». L'action du CHD est incontournable pour l'ensemble des acteurs du département. Du fait de cette dépendance, nombreux sont les acteurs médico-sociaux qui regardent avec suspicion le pilotage futur du groupement par le CHD prôné par l'ARS. Un pilotage par l'ARS serait aussi envisagé avec méfiance, de peur qu'une association soit favorisée au détriment d'une autre. Cette question du pilotage du GCS a donc une importance symbolique qu'il ne faut pas négliger. En outre, face à la réduction des moyens accordés et les déficits constatés dans les centres hospitaliers, certains redoutent une mainmise du secteur sanitaire sur les moyens accordés au secteur médico-social. La coopération entre les deux secteurs pourrait selon certains servir d'écran à une volonté du CHD de coordonner à terme l'action médico-sociale.

Le directeur de l'ESAT Cart'services s'interroge également sur les projets de construction et de développement des activités médico-sociales du CHD. L'inauguration d'une MAS en 2011, puis la construction d'un FAM dans les années à venir questionne les acteurs médico-sociaux qui pourraient y voir une volonté du CHD de concurrencer leurs propres activités. Ainsi, la grande majorité des associations insistent-elles sur la nécessité d'un équilibre réel des pouvoirs de décision au sein du futur GCS. Un équilibre à trouver, notamment entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, mais aussi entre le secteur public et privé.

Ces enjeux d'influence et de pouvoir cachent donc un réel problème de confiance et surtout de méconnaissance des acteurs. Les cloisonnements entre les secteurs persistent malgré la volonté des pouvoirs publics. Les acteurs pâtissent de l'éloignement de leurs structures, disséminées dans un département encore essentiellement rural. Le CHD paraît encore lointain et replié sur lui-même, malgré les efforts engagés depuis 2009 suite aux constats accablants de la MNASM⁴³. La construction du GCS Santé mentale peut donc paraître comme un moyen efficace et pérenne de favoriser les échanges entre les différents acteurs et de dissiper les malentendus. Malgré ce constat, les coopérations du secteur médico-social avec le CHD sont nombreuses mais restent encore grandement limitées à des initiatives individuelles ou à des partenariats bilatéraux qui sont en voie de déliquescence⁴⁴. Ce constat affecte la cohérence de l'ensemble du dispositif en santé mentale et rend compte de la nécessité d'un partenariat plus intégré, aujourd'hui symbolisé par le projet de GCS Santé mentale.

1.3 Les limites des coopérations actuelles

1.3.1 Des coopérations bilatérales à actualiser ou à développer

La coopération s'entend ici au sens large en intégrant l'ensemble des partenariats, formalisés ou non par une convention. Les coopérations non formalisées sont fréquentes en milieu rural où les relations interpersonnelles jouent un très grand rôle.

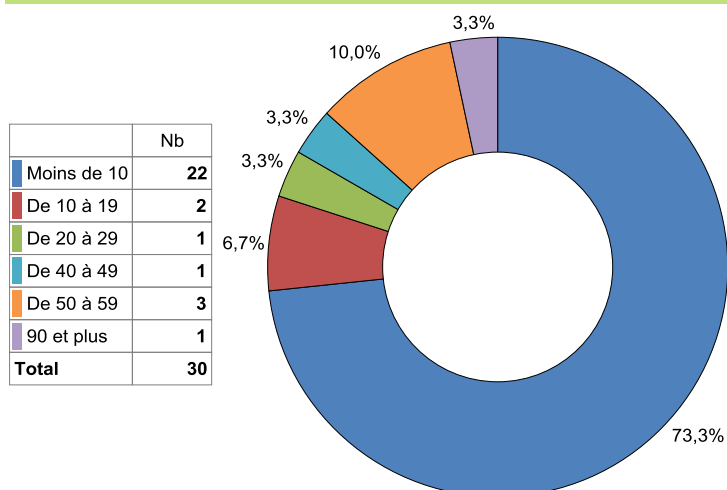
⁴³ MNASM, *op. cit.*, pp.67-68.

⁴⁴ MNASM, *op. cit.*, p. 64.

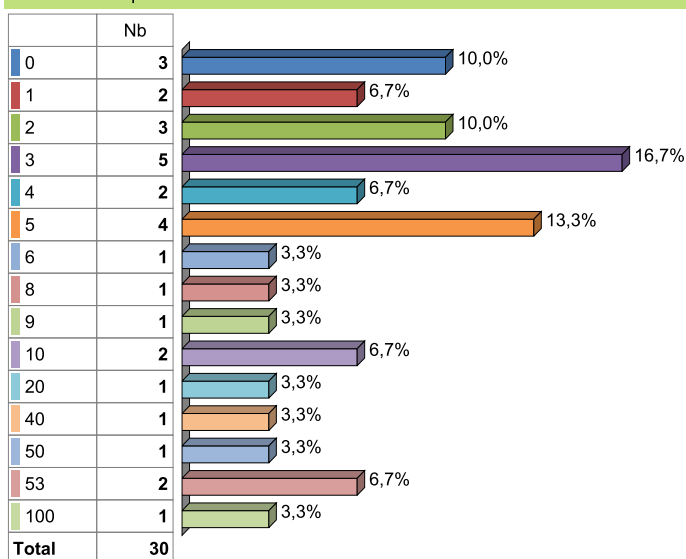
La faiblesse des coopérations actuelles : partenariats informels et conventionnements

L'analyse des résultats du questionnaire a tout d'abord permis d'obtenir un aperçu quantitatif des coopérations engagées.

Dans combien de partenariats et de coopération êtes vous engagés dans le domaine de la santé mentale?



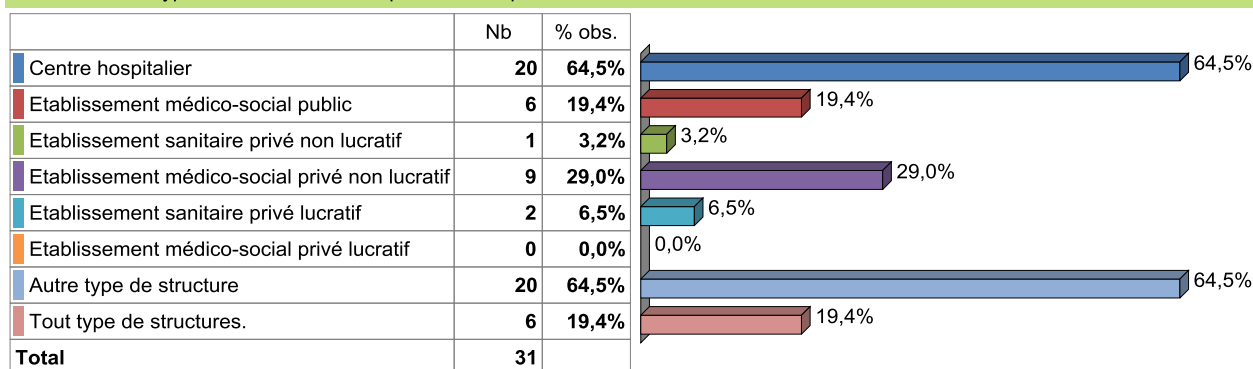
Nombre de coopérations



Il est nécessaire de manier ces chiffres avec prudence, mais ils reflètent logiquement les fonctions et les rôles des différents acteurs au sein du département. A titre d'exemple, les réseaux ont bien entendu tissé de nombreux liens avec leurs partenaires (40, 50 coopérations, etc.), le CHD présente aussi un nombre de coopération important (53) ainsi que les ESAT du fait de leurs partenariats avec les entreprises et de leurs dispositifs d'accompagnement social. Le pôle enfance de Solincité se distingue (100) mais il s'agit ici d'un biais car il intègre des coopérations plus larges qui s'étendent au-delà de la santé mentale à proprement dit. Parmi ces chiffres, on constate que le CHD reste le pivot des coopérations en Lot et Garonne car si 64,5%

des structures coopèrent avec les centres hospitaliers du département, il s'agit pour 74% de ces coopérations sanitaires de coopérations avec le CHD (le pourcentage restant correspondant à des échanges avec les Centres hospitaliers d'Agen, Villeneuve sur Lot ou Fumel). Parmi les autres types de structures, les coopérations concernent une grande diversité d'associations (UNAFAM, Hospitalisation à domicile (HAD), L'Amicale⁴⁵...), d'entreprises, d'institutions (Education nationale, Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)...

Sélectionnez le type de structure avec lequel vous coopérez



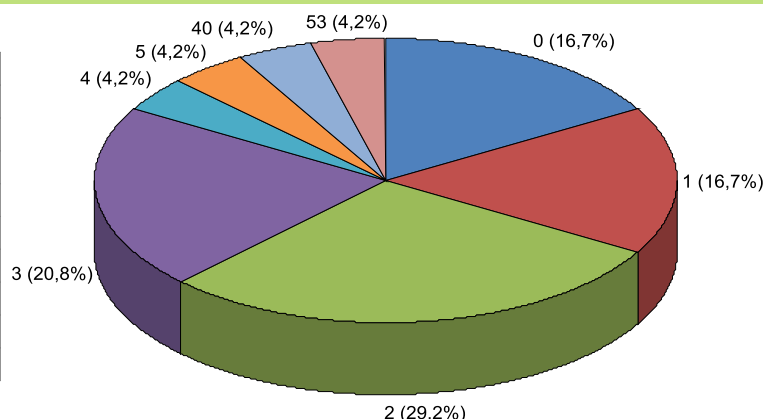
Parmi ces partenariats avec le CHD, le partenariat avec le pôle enfance de Solincité est un des plus développés dans le département. Un psychiatre effectue notamment des AIG au sein des structures du pôle enfance et les relations avec les services du CHD sont quotidiennes. Concernant les ESAT, le bilan de ces coopérations avec le CHD est plutôt mitigé. En effet, le président de la CME du CHD évoque les nombreuses places d'évaluation qui ont été perdues depuis les années 1980 « pour des raisons économiques (le coût pour les structures), par manque de temps, par manque d'effectifs et par manque d'intérêt réactualisé de part et d'autre. » Parmi ces chiffres, on compte aussi un grand nombre de coopérations non formalisées comme c'est d'ailleurs le cas de l'association l'Essor qui travaille depuis 1993 avec les services du CHD afin d'assurer le suivi psychiatrique des usagers du foyer-ESAT de Mézin.

De fait, le nombre de conventions signé est bien plus faible que le nombre de coopérations et de partenariats engagé réellement sur le terrain.

⁴⁵ L'Amicale Laïque est une association reconnue d'utilité publique qui œuvre notamment dans le domaine du sport (formation-initiation, loisir) et dans le secteur médico-social. Elle gère un IME, un ESAT et un SESSAD.

Nombre de convention signées

	Nb	% cit.
0	4	16,7%
1	4	16,7%
2	7	29,2%
3	5	20,8%
4	1	4,2%
5	1	4,2%
40	1	4,2%
53	1	4,2%
Total	24	100,0%



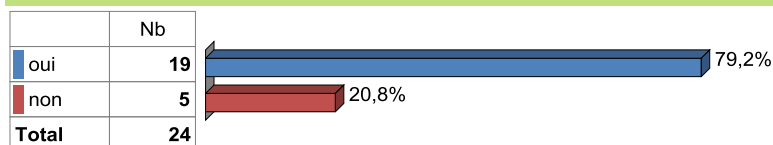
Les résultats du questionnaire montrent que 30% des établissements n'ont signé que deux conventions (notamment une avec le CHD et souvent une seconde avec le CG) et que 67% des établissements ont signé moins de 4 conventions. La portée de ces chiffres est effectivement à mettre en parallèle avec le type d'établissement. Fréquemment, il est tout à fait logique qu'une seule convention suffise avec le CHD, notamment pour de petites structures.

Force est de constater que ces conventions se sont étiolées au fil du temps. Le président de la CME du CHD évoque une raison principale pour justifier l'abandon de certaines conventions : beaucoup de ces échanges n'ont pas été gagnants-gagnants mais se sont transformés en prestation de service du CHD vis-à-vis des structures médico-sociales. Un biais qui n'est pas présent dans le cas des AIG effectuées contre rémunération par les psychiatres et dans le cadre d'une convention signée avec le directeur du CHD.

Aux conventions qui ne sont plus appliquées s'ajoutent les conventions en cours d'actualisation, le CHD ayant entamé ce processus avec certains de ses partenaires. Le nombre de convention signées par le CHD étant conséquent, ce processus risque de prendre du temps mais un exemple peut toutefois être cité avec le cas de l'ESAT Cart'services. Une nouvelle convention devrait permettre l'amélioration de la réponse aux urgences psychiatriques, un meilleur suivi médical et une meilleure insertion des personnes à leur sortie d'hospitalisation (notamment par une réouverture de places d'évaluation en ESAT). A plus d'un titre, le GCS pourrait donc s'inspirer de ces conventions pratiques.

Tenir compte du potentiel de coopération à venir

Envisagez-vous de nouveaux partenariats ou actions de coopération en santé mentale à l'avenir?



Les résultats du questionnaire démontrent aussi un réel besoin de nouveaux partenariats en santé mentale. Certaines associations comme le GAP comptent en effet compléter le suivi médical de leur patient en lien avec les structures ambulatoires de secteur du CHD. En outre, nombreux sont les futurs projets évoqués dans les différents questionnaires. Ces futurs projets concerneront en effet des domaines spécifiques : la coopération dans le domaine de la périnatalité, le parcours de la personne âgée, la prévention auprès des adolescents, l'accompagnement du handicap psychique et de l'autisme....mais aussi l'amélioration des dispositifs existants : enrichir la formation et améliorer les pratiques professionnelles des agents, faire face aux besoins médicaux et non médicaux, élargir les partenariats existants et en inventer de nouveaux, améliorer la diffusion de l'information entre structures et professionnels.

Les limites évoquées à propos des coopérations bilatérales actuellement déployées en Lot et Garonne font paradoxalement écho à la multiplication des dispositifs de coordination ces dernières années qui mettent parfois en difficulté les directeurs d'établissement et les promoteurs institutionnels de ces dispositifs.

1.3.2 Réseaux, groupements et coopérations : la multiplication des projets d'envergure et un manque de cohérence d'ensemble

Depuis les années 1970, les lois hospitalières font la promotion des instruments de coordination. Qu'il s'agisse de réseaux thématiques, d'outils de coopération, la multiplication des sollicitations et des dispositifs inquiète aujourd'hui les directeurs mais aussi les ARS qui ont parfois du mal à se positionner au sein de chacun de ces outils, ou même à en garantir la cohérence sur un même territoire. De fait, « aujourd'hui, ce n'est donc pas un mais deux problèmes qu'il faut résoudre : non seulement améliorer la mise en cohérence des actions existantes, mais encore prévoir la coordination des nouveaux soins et des services qui se mettent en place⁴⁶. »

⁴⁶ BLOCH M-A., HENAUT L., *op. cit.*, p. 2.

L'articulation des réseaux avec les groupements de coopération

Plusieurs réseaux se sont constitués en Lot et Garonne sous l'impulsion des pouvoirs publics afin de répondre à divers besoins notamment dans le domaine de la périnatalité et des soins palliatifs. Ces réseaux ont un rôle extrêmement important dans le domaine de la santé mentale en œuvrant pour la prévention et la fluidité des parcours de soins dans leur champ d'intervention. Ils sont évidemment particulièrement concernés par ce nouveau projet, parfois avec inquiétude. Ainsi, le réseau Aide interactive à la maternité pour l'enfant (AIME) souhaite-t-il réellement s'impliquer dans le GCS Santé mentale tout en conservant sa structuration actuelle, de peur d'être dilué dans cette nouvelle superstructure de coopération ou absorbé par les services du CHD. Aussi, l'association propose une articulation de son réseau avec le GCS tout en respectant la spécificité de son organisation actuelle. Cette peur, exprimée dans le questionnaire qui leur était destiné, n'est pourtant pas irrationnelle étant donné les projets de l'ARS de fusionner le réseau avec les services du CHD. De fait, si un tel scénario devait être mis en oeuvre, le projet de GCS, lancé sous l'égide de l'ARS, pourrait sembler confirmer l'inquiétude de ces acteurs et renforcer celle des autres structures médico-sociales qui voient déjà dans cet instrument un outil de l'ARS afin d'engager les réorganisations de l'offre de soins dans le domaine de la santé mentale. Qui plus est, en ce faisant au profit du CHD, cette réorganisation viendrait abonder dans le sens d'un relatif renforcement du pouvoir du CHD grâce à l'outil GCS. Il convient donc que le GCS soit un véritable lieu de discussion et de coordination entre des membres respectés dans leur autonomie. Malgré tout, certains réseaux comme le réseau Aliénor, réseau gériatrique et Alzheimer, ne manifestent pas d'inquiétudes particulières et jugent même indispensable la création de ce GCS afin d'éviter le plus possible les hospitalisations d'urgence et les ruptures de parcours pour les personnes âgées souffrant de troubles psychiques.

La multiplication des outils de coopération

Avec la loi HPST, le corpus législatif se dote d'un nouvel outil de coopération, la CHT, tandis que le GCS devient l'outil privilégié des coopérations entre le secteur public et privé. Les ARS ont progressivement invité les établissements publics à constituer des CHT. Ainsi en est-il du département du Lot et Garonne qui vient de signer en 2014 un protocole d'accord sur la constitution d'une CHT et dont le projet médical commun est en cours de rédaction. Ce dernier comportera un volet « santé mentale ». Ce volet, placé sous la responsabilité du CHD, visera à améliorer la prise en charge en santé mentale entre les différents centres hospitaliers publics du département. Un Comité de pilotage a été mis en place pour rédiger ce volet et des groupes de travail associeront les professionnels du CHD, la direction et des responsables et professionnels

des différents établissements concernés dans le département. Or, le CHD est aussi engagé dans la révision de son projet d'établissement qui a nécessité la mise en place d'un comité de pilotage et de groupe de travail thématiques afin d'explorer les différents axes stratégiques. Les personnes ressources de cette nouvelle méthodologie de projet sont souvent les mêmes qui sont impliquées dans celle du volet « santé mentale ». Enfin, la méthodologie actuelle déployée pour la mise en place du GCS Santé mentale est elle aussi identique. De fait, le personnel administratif, médical et soignant est sursollicité par ces multiples projets dont il arrive difficilement à saisir les contours précis et donc l'articulation. La direction du CHD doit mener de front ces multiples sujets dont les aspects sont tous largement imbriqués.

D'autres projets mettent aussi en difficulté la direction du CHD. La création d'une fédération médicale interhospitalière (FMIH) avec le Centre hospitalier d'Agen en 2013 devait permettre de mieux réguler les urgences psychiatriques. Ce projet de coopération, avant tout médical, a nécessité une réorganisation des services au sein d'un nouveau bâtiment du CH d'Agen. Cependant, cette fédération est aujourd'hui en difficulté du fait de problèmes d'organisation et de désaccords entre plusieurs médecins psychiatres. Sauvée de justesse par l'intervention de l'ARS, cette fédération a mis en difficulté la direction du CHD, notamment face aux syndicats, opposés depuis l'origine à ce projet. A l'aube d'un nouveau projet de coopération en santé mentale, nécessitant l'implication future des praticiens et professionnels, ce sauvetage pourrait mettre en difficulté la mise en place concrète des projets futurs du GCS. Enfin, le GCS Moyenne Garonne, créé sous l'égide de Solincité entre en résonance avec le GCS Santé mentale. Encore une fois, la multiplication d'outils aux périmètres différents peut ici questionner la cohérence de cet ensemble notamment car il semble difficile de penser les liens entre un GCS interdépartemental et transversal, et un GCS départemental thématique. La question du pilotage de ces dispositifs se pose avec insistance afin d'éviter de nouveaux cloisonnements et de nouvelles redondances.

Face à ces inquiétudes, aux enjeux d'influence et afin de répondre aux problématiques de prise en charge évoquées dans cette première partie, il semble que la réponse pertinente ne puisse être trouvée que dans une mise en place pragmatique d'objectifs et de projets concrets. Sur cette base, la définition des modalités juridiques et pratiques de coopération conditionnera le fonctionnement efficace du GCS.

2 La constitution pratique du GCS Santé mentale : proposer un outil souple et efficace au service d'objectifs concrets

Les premières réunions visaient naturellement à définir au préalable des objectifs précis au futur GCS. L'analyse des besoins de chaque structure et des problématiques de prise en charge au niveau du territoire ont permis de dégager les premiers objectifs du GCS et quelques pistes d'actions concrètes (2.1). Celles-ci visent tout d'abord à développer une stratégie de coopération progressive qui aura pour mission de mettre en cohérence et compléter les coopérations existantes, et renforcer la solidarité entre les acteurs (2.1.1). Il s'agira ensuite d'améliorer le parcours de soins des usagers (2.1.2) et d'engager une mutualisation de certaines fonctions supports (2.1.3).

Toutefois, la mise en place de ces actions reste conditionnée à la définition de modalités juridiques et pratiques à même d'assurer une gestion souple et efficace du groupement (2.2). A ce titre, les termes de la convention constitutive doivent être soigneusement choisis (2.2.1) tout comme les modalités d'organisation et de fonctionnement pratique du GCS sur le territoire (2.2.2) et l'implication future des familles et des usagers (2.2.3).

Une fois les bases d'une coopération saine et efficiente posées, le groupement pourra résolument se tourner vers l'avenir et devenir un vecteur essentiel de la mise en place de la politique de santé mentale territorialisée (2.3). Ces perspectives devront probablement inclure un pilotage du GCS par le CHD afin d'assurer la cohérence de l'ensemble du dispositif de santé mentale sur le territoire (2.3.1). Ainsi, le GCS pourra impulser des coopérations avec de nouveaux acteurs locaux (2.3.2) ainsi s'inscrire dans une dynamique d'échange au-delà des frontières départementales et régionales (2.3.3).

2.1 Les objectifs du GCS : un consensus à concrétiser sur le terrain

2.1.1 La méthode des « petits pas » : mettre en cohérence les coopérations existantes et renforcer la solidarité entre acteurs

Formaliser et mettre en cohérence les actions de coopérations existantes

Déclaration de Robert Schuman le 9 mai 1950⁴⁷

«L'Europe ne se fera pas d'un coup, ni dans une construction d'ensemble: elle se fera par des réalisations concrètes créant d'abord une solidarité de fait.»

A l'image de la construction européenne, il semble que le GCS Santé mentale ne pourra se construire durablement que s'il prévoit une coopération au départ limitée à certains domaines stratégiques et concrets, qui permettront de développer entre ses membres une « solidarité de fait », d'ailleurs évoquée dans de nombreux questionnaires reçus. Appliquée au GCS Santé mentale, cette méthode dite des « petits pas » ou méthode « Monnet-Schuman » reviendrait tout d'abord à formaliser, mettre en cohérence et éventuellement étendre les coopérations existantes. D'ailleurs, le président de la CME rappelle qu'en l'état « le CHD ne peut pas prévoir de nouvelles prises en charge alors qu'il a du mal à assumer les prises en charge actuelles » et que « l'on peut intégrer les coopérations existantes puis éventuellement en envisager de nouvelles. » Cette méthode doit tout d'abord se baser sur une analyse et une étude des coopérations et des partenariats existants, formalisés ou non. Les données issues du questionnaire sont encore trop générales et ne précisent pas la teneur de ces coopérations. Si l'ARS a réalisé un recensement des conventions signées entre tous les acteurs du département en 2013, il conviendra d'y ajouter les partenariats non formalisés, forgés au fil du temps. Toutefois, quelques pistes peuvent être évoquées ici concernant quelques domaines dans lesquels des « petits pas » pourraient être rapidement engagés.

⁴⁷ UNION EUROPEENNE, *Déclaration Schuman du 9 mai 1950*, disponible sur internet : http://europa.eu/about-eu/basic-information/symbols/europe-day/schuman-declaration/index_fr.htm

Avec les EHPAD, il peut s'agir tout d'abord d'actualiser et d'étendre l'action de l'EMGP à l'ensemble du département et à l'ensemble des structures qui le désirent. Actuellement, 28 conventions ont été signées, principalement dans l'agenais et quelques structures sont concernées dans le villeneuvois. Le secteur du marmandais, ou encore de nouvelles structures aux alentours de Villeneuve sur Lot seraient intéressées par ce service. Toutefois, un tel projet supposera de renforcer les effectifs de cette équipe voire la création d'une nouvelle équipe mobile. Les financements pourraient soit provenir de subsides accordés par l'ARS ou plus probablement de la contribution commune des membres du GCS. Avec les ESAT, il peut s'agir de conventionner avec le CHD pour déployer des places d'évaluation des patients en sortie d'hospitalisation et envisager les conditions d'un placement futur en ESAT. Déjà existantes actuellement ou mises en place par le passé, ces places d'évaluation nécessitent quelques moyens supplémentaires, notamment du temps de coordination pour organiser ces évaluations et ces échanges dans les meilleures conditions. Un redéploiement de personnel ou la mutualisation des temps d'activité de certains personnels peut permettre de mettre en place à moindre coût ces places.

Dans les structures pour personnes handicapées, les liens avec le CHD existent mais ne sont parfois pas formalisés. Comme cela a déjà été évoqué plus haut, c'est par exemple le cas des suivis psychiatriques réalisés dans les structures de l'Essor qui relèvent des relations de confiance nouées entre le directeur de l'association et les praticiens du CHD. Toutefois, comme le directeur le souligne lui-même, il partira à la retraite dans quelques années. De plus, les évaluateurs externes ont souligné ce manque de formalisation dans leur pré-rapport. Le GCS Santé mentale, après avoir fait le bilan de ces coopérations non formalisées, devrait permettre d'acter ces échanges afin de garantir leur pérennité. En ce qui concerne les structures liées à l'enfance, les bonnes pratiques déployées par le pôle « enfance » de Solincité pourraient être étendues à d'autres structures du département selon les besoins. Enfin, les conventions d'AIG pourraient être envisagées dorénavant dans le cadre du GCS Santé mentale. Les praticiens du CHD sont a priori peu favorables à cette hypothèse comme le souligne le président de la CME. Les psychiatres redoutent notamment une institutionnalisation de ces conventions médicales et donc la disparition de ce dispositif. Toutefois, il semble impossible d'envisager une meilleure prise en charge des usagers en santé mentale sur le territoire sans intégrer une réflexion sur ces conventions qui permettent actuellement d'assurer une grande partie des interventions médicales en psychiatrie au sein des établissements médico-sociaux.

Renforcer la connaissance des acteurs afin de percevoir de nouvelles nécessités

Au premier abord, il pourrait paraître inutile d'inscrire comme objectif d'un GCS une meilleure connaissance mutuelle des acteurs. Pourtant, ce serait méconnaître le poids de la ruralité dans un département comme le Lot et Garonne où le territoire de vie, de proximité, joue un rôle social et structurant beaucoup plus fort que l'identité départementale. Ainsi, un acteur organisant son activité à Marmande peut-il avoir beaucoup plus de contacts avec ses homologues du département de Gironde, présents dans un même territoire de vie, qu'avec ses homologues agenais. A titre d'exemple, les projets de coopération se heurtent encore aujourd'hui à la défiance historique qui existe entre la ville de Villeneuve sur Lot et la ville d'Agen, deux vallées pourtant séparées par 25 km. Les distances mentales sont souvent longues et les déplacements beaucoup plus difficiles dans ces territoires. Une meilleure connaissance entre les acteurs et leur considération mutuelle sont des préalables essentiels à toute coopération.

En outre, comme l'avait déjà soulignée la MNASM en 2009, le CHD a longtemps été victime des critiques des acteurs extérieurs qui se plaignaient du manque de visibilité des structures internes et du manque d'accessibilité des praticiens⁴⁸. Un constat partagé par le président de la CME qui souligne toutefois les progrès réalisés depuis plusieurs années. Malgré les blocages persistants du fait de quelques personnalités, l'ouverture du CHD vers ses partenaires s'est grandement améliorée. Des rencontres ont été mis en place par la direction depuis 2010 avec les intervenants extérieurs du CHD et chaque secteur a fait des efforts de communication. La mise en place d'un nouveau site internet a grandement facilité la communication du CHD, tout comme la création du Service intersectoriel de régulation des admissions (SIRA). Désormais, il existe un interlocuteur unique pour les admissions et le SIRA est lui-même membre de la FMIH afin de fluidifier les relations avec les urgences du CH d'Agen.

Toutefois, nombreux sont les acteurs qui ne connaissent toujours pas le fonctionnement ni l'organisation du CHD. Il s'agit le plus souvent de petites structures, parfois éloignées géographiquement du site principal du CHD et qui disposent de peu de moyens humains. Le renforcement de la communication avec le secteur est alors essentiel, notamment via les CMP. La présence de ces associations et établissements au sein du GCS permettra de faire entendre leur voix au sein d'une instance collégiale. L'organisation de visites des structures des différents membres pourrait être envisagée, tout comme l'alternance des réunions du GCS dans les différents sites. Le GCS doit donc permettre la rencontre entre les différents acteurs de la santé

⁴⁸ MNASM, *op. cit.*, p. 32 et p. 64.

mentale. Ainsi, outre les rencontres fréquentes qu'il permettra d'établir entre les acteurs publics et privés, il permettra d'être une instance de dialogue pérenne dans le temps entre les différentes directions, à même de faire évoluer la politique de santé mentale. En effet, le directeur du GAP souligne que le groupement doit permettre « d'écouter les attentes des autres : si on peut trouver des solutions qui arrangent tout le monde, c'est encore mieux. [...] Cela va surtout permettre aux gens de se connaître vraiment. » Ce constat est aussi valable du point de vue clinique comme le souligne le président de la CME, « il s'agit surtout, d'un moyen de percevoir une nécessité ». Ainsi, des groupes de travail entre professionnels pourraient permettre de réfléchir aux pratiques et de trouver des intérêts communs à coopérer ou mutualiser. Ainsi, à l'image des GCS déjà mis en place en France, et notamment celui du Limousin, des groupes de travail permanents ou des commissions pourront être mis en place sur des sujets sélectionnés collectivement.

Toutefois, les conditions du dialogue doivent être réunies. Ainsi, les divergences évoquées en première partie ne doivent pas venir parasiter les instances et commissions du GCS. Comme le souligne la directrice de l'association Solincité, « s'il y a concurrence entre les partenaires, il sera difficile de travailler ensemble ». Il sera donc sans doute nécessaire de commencer à travailler avec les acteurs qui le souhaitent et sur des sujets concrets définis ensemble.

Une fois ces premiers objectifs atteints, il s'agira de développer les futures actions du GCS en fonction des objectifs définis à partir de l'analyse des besoins, en partie réalisée grâce aux premières réunions, aux questionnaires et aux entretiens menés dans le cadre de ce mémoire.

2.1.2 Améliorer le parcours de soins et la prise en charge des usagers en santé mentale

L'objectif principal de ce GCS fait aujourd'hui consensus : il s'agit de fluidifier le parcours de soins des usagers, le plus souvent victimes des ruptures de prise en charge du fait d'un manque de communication ou de coopération entre les services, les personnes et les établissements du département.

Fluidifier et garantir la cohérence du parcours de soins en santé mentale

L'analyse des résultats du questionnaire a permis de dégager ce premier axe majeur de coopération et d'en préciser les contours sur la base des préconisations des différents acteurs.

Un groupe de travail spécifique se réunira au dernier trimestre de l'année 2014 afin de sélectionner des projets concrets à mettre en place. Les sous objectifs pourraient se décliner ainsi et concernent aussi bien l'aval que l'amont de l'hospitalisation au sein du CHD afin de prendre en compte l'ensemble du parcours de soins :

Eviter les hospitalisations et renforcer les interventions dans le lieu de vie de l'usager. Afin d'éviter les hospitalisations inadéquates, plusieurs solutions alternatives existent comme la création de sas thérapeutiques. L'exemple du sas thérapeutique de Mézin permet de témoigner de l'originalité de certains dispositifs. Il s'agit en l'occurrence d'une brocante installée au sein du village et qui permet un moment de répit en dehors des structures traditionnelles et d'éviter l'hospitalisation.

Dans un autre domaine, il s'agit aussi pour les membres du GCS de favoriser la coordination des structures avec des associations de maintien et de soins à domicile qui ont aujourd'hui peu de contacts avec les services de la santé mentale. Il peut s'agir par exemple d'engager des échanges avec l'association Handissiad qui assure le maintien à domicile et le retour à domicile de personnes handicapées et qui est confrontée aux troubles psychiques. Ces services sont aujourd'hui des alternatives efficaces qu'il convient de faire connaître auprès des acteurs du GCS. En ce qui concerne les interventions auprès des personnes âgées, un renforcement des échanges peut être envisagé avec la Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer du Lot et Garonne (MAIA) mais aussi avec le réseau Aliénor, chargé de coordonner les différents professionnels intervenant au domicile des personnes âgées qui relèvent de la santé mentale. Une intervention élargie de l'EMGP déjà évoquée plus haut s'inscrit elle aussi dans l'éventail de ses solutions à mettre en œuvre progressivement.

Améliorer les échanges d'informations et favoriser une réelle continuité de la prise en charge avant, pendant et après les séjours en institution. Il peut notamment s'agir de mieux assurer le relais entre les dispositifs de prévention et les structures de prise en charge de longue durée. Afin d'éviter les ruptures de soins à la sortie du dispositif de prévention en périnatalité, le réseau AIME 47 propose par exemple de systématiser les échanges, notamment lors de la constitution du dossier de sortie, avec les structures qui vont prendre en charge l'usager par la suite. L'objectif principal sera de favoriser un accompagnement progressif des usagers lors des changements et transferts entre institutions. Afin de ne pas désorienter les usagers, il serait utile d'avoir une communication claire et définie, c'est-à-dire de construire une identité de discours entre l'établissement d'origine et la nouvelle structure d'accueil.

Favoriser les allers retours entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial. Il s'agit ici d'anticiper les difficultés en EHPAD, IME, ITEP ou ESAT évoquées en première partie. La nécessité d'anticiper ces périodes de rupture pourraient aboutir rapidement et à moindre frais à l'organisation de séjours de répit comme cela a pu être mis en place par le biais de conventions en Limousin. Un conventionnement du CHD avec les membres du GCS serait toutefois conditionné à des règles strictes permettant le retour des usagers. En effet, le président de la CME a tenu à souligner les réticences du CHD et du corps médical à l'encontre de ces conventions notamment si elles doivent concerner des admissions : « Il faut que l'on garde la maîtrise des admissions. Les admissions doivent se faire au cas par cas. Une situation thérapeutique ne peut pas être conventionnée. »

Extrait du cahier des charges de l'ARS Aquitaine sur les GCS Santé mentale⁴⁹

La signature de conventions nominatives de séjours
(GCS Santé Mentale et Handicap du Limousin)

« Pour fluidifier le parcours des usagers et assurer une continuité des prises en charge, le GCS du Limousin a mis en place des conventions nominatives avec des membres du groupement prévoyant des séjours de contact, de répit, et de prises en charge conjointe de leurs usagers. L'hôpital s'engage à accueillir l'utilisateur en cas de crise, et l'établissement social ou médico-social, de son côté, s'engage à le reprendre en charge une fois stabilisé. »

Améliorer la lisibilité du parcours de soins. L'intensification de ces échanges entre établissements et la multiplication des acteurs qui sont susceptibles d'intervenir obligera probablement les membres du GCS à mieux identifier les personnes ressources de chaque structure ou association. Il peut s'agir de favoriser la mise en place des référents afin de mieux cibler les services compétents. Certains acteurs proposent d'ailleurs de réaliser un annuaire départemental des structures et personnes ressources en santé mentale.

Renforcer l'offre de service dans le département. La mise en place d'un parcours de soins cohérent nécessitera de combler les lacunes des dispositifs actuels de psychiatrie et santé mentale. La constitution du GCS peut être l'occasion de déverrouiller certains dossiers comme

⁴⁹ Ce document interne n'a pas été rendu public par l'ARS.

celui de la création d'un HDJ pour adolescent en Lot et Garonne, notamment plébiscité par l'ALGEEI et l'Essor. Une thématique qui tient à cœur aux psychiatres du CH d'Agen qui plébiscitent aussi le développement d'activités thérapeutiques spécialisées pour les adolescents au sein de ces futurs accueils de jour. En ce qui concerne la prise en charge des adultes handicapés psychiques, le GCS peut être l'occasion de mettre en place de nouvelles structures. L'Essor souhaite depuis plusieurs années mettre en place un projet de Service d'accueil temporaire (SAT) pour personnes handicapées psychiques. Ce projet pourrait permettre de répondre aux besoins du CHD en termes d'évaluation des patients susceptible de bénéficier ensuite d'une réinsertion sociale ou d'un projet de travail adapté (ESAT). Pour les familles, ce SAT pourrait permettre d'accueillir temporairement leurs proches afin de les soulager ou leur permettre d'accomplir des formalités administratives ou des courses. Enfin, ce service a été pensé comme un lieu de rupture institutionnelle, intégré au sein d'un village et en relation avec les équipes pluridisciplinaires de l'Essor. En termes d'insertion professionnelle, l'ESAT Cart'Services propose la création d'un accueil de jour mutualisé entre le CHD et l'ESAT afin de permettre l'évaluation des patients sortant d'hospitalisation. Ces mises en situation de travail permettraient par la suite d'orienter ces personnes vers l'ESAT et de définir un projet de travail adapté. D'autres besoins pourraient être évoqués ici notamment dans le domaine de l'hébergement avec la création d'appartements thérapeutiques dont le nombre est insuffisant dans le département.

Outre la fluidité des parcours de soins, il s'agit aussi pour le GCS de prévoir une amélioration de la prise en charge médicale et non médicale des usagers sur son territoire.

Optimiser la prise en charge médicale et non médicale

Dans ce domaine, les options sont multiples mais sont conditionnées à une négociation plus difficile. En effet, ces propositions nécessitent des moyens humains et financiers complémentaires qui ne sont pas garantis actuellement en Lot et Garonne, ni par les pouvoirs publics, ni par les établissements. Toutefois, des options de réorganisation, redéploiement et mutualisation de moyens, décidés d'un commun accord, restent possibles.

Garantir un réel accès et une continuité des soins sur l'ensemble du territoire et assurer un meilleur suivi médical et psychologique des patients et des résidents. Force est de constater que la continuité des soins des usagers en santé mentale n'est pas complète dans le département. Nombreux sont les questionnaires qui évoquent le besoins d'évaluation, d'avis et de consultations psychiatriques. Les EHPAD ont régulièrement besoin d'avis pour leurs résidents. Les structures du handicap doivent faire face à un handicap psychique de plus en plus

présent. Les services de SSR et d'hébergement en CH ont besoin de consultations pour l'évaluation de leurs patients. Ce service pourrait être assuré par le biais d'interventions de professionnels dans les établissements (conventions AIG, équipe mobile) ou par le biais de consultations externes. Il convient cependant de noter que le sujet est sensible au CHD. La disponibilité des temps de psychiatres est une denrée rare et les perspectives en termes de démographie médicale sont inquiétantes pour le département d'ici à 2050 comme le rappelle le président de la CME.

Comme évoqué plus haut, la constitution du GCS pourrait aussi être l'occasion d'intégrer la gestion des conventions médicales d'AIG en ayant une vision globale des besoins sur le territoire. Le GCS devra être prudent sur ce sujet car ces conventions constituent un des attraits majeurs pour les praticiens dans le département. A défaut, il pourrait s'agir pour le CHD de renforcer encore une fois les CMP afin de permettre au secteur d'assurer cette mission mais les perspectives semblent plus difficiles à mettre en place dans ce domaine, étant donné le manque de moyens. De fait, l'intervention d'équipes mobiles semble l'option à privilégier par le GCS Santé mentale. Il s'agit en effet d'un dispositif souple qui permet de réduire les coûts et d'intervenir rapidement en cas de besoin. L'exemple de la création d'une équipe de liaison en Limousin peut être une idée à retenir, si les membres du GCS souhaitent à terme participer au financement de celle-ci.

Le GCS aura pour tâche d'évaluer avec précision ces besoins, d'autant que toutes les demandes d'accompagnement n'ont pas vocation à être assurées uniquement par du temps de psychiatre. L'intervention d'un psychologue ou parfois simplement un moment d'écoute au sein d'une structure adaptée peut permettre de désamorcer des situations difficiles ou d'établir un premier diagnostic.

Réfléchir à la mutualisation des temps médicaux et non médicaux. En lien avec les réflexions précédentes, il convient d'étudier la possibilité pour ce GCS de devenir un GCS employeur. L'exemple du Limousin le démontre, la constitution d'un GCS peut permettre à terme le recrutement à temps plein ou à temps partiel de professionnels aux compétences rares (psychiatres, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, etc.). La perspective de recrutement de psychiatres par le GCS Santé mentale est peu probable à moyen terme, le CHD ayant lui-même des difficultés à pourvoir les postes dont il aurait besoin actuellement. Le GCS s'oriente donc pratiquement vers la mutualisation de compétences rares comme les ergothérapeutes ou les psychomotriciens. Une idée qui pourrait aussi permettre de stabiliser les recrutements de professionnels qui ont parfois tendance à partir dans le secteur libéral, à l'image des orthophonistes de l'ALGEEI. La perspective d'opportunités futures au sein

des établissements des associations membres du GCS pourrait être un facteur de stabilité. Le développement de doubles prises en charges ou de prises en charge concomitantes (en mutualisant les interventions en fonction des compétences de chaque structure) pourrait aussi constituer un moyen alternatif au recrutement de nouveaux professionnels.

Dans le domaine de l'insertion, le directeur de l'ESAT Cart'services évoque par exemple la possibilité de mutualiser des éducateurs techniques spécialisés (ETS) afin d'assurer l'évaluation et la mise en situation de travail des patients ayant vocation à sortir d'hospitalisation. Cette mutualisation viendrait alors compléter le projet de création d'un accueil de jour entre l'ESAT et le CHD évoqué plus haut. En ce qui concerne les EHPAD, le directeur de l'Essor propose la mutualisation des compétences de ses équipes en termes d'accompagnement social au profit de l'amélioration de la prise en charge des résidents.

Améliorer le partage de ressources sur l'accompagnement du handicap psychique et de l'autisme. Dans ce domaine, le GCS pourrait permettre à ses membres de mieux appréhender les Troubles envahissant du développement (TED) et les Troubles du spectre autistique (TSA) notamment par un conventionnement du GCS avec le Centre de ressource sur l'autisme (CRA) d'Aquitaine par le biais de son antenne Lot et Garonnaise.

Développer la prévention et l'accompagnement des adolescents et jeunes adultes. Les psychiatres du CH d'Agen disposent d'une riche expérience auprès des adolescents et pourraient mettre leur compétence au service de prestations de prévention auprès des handicapés psychiques. Les domaines pressentis sont variés : addictologie, toxicomanie, sexualité et infections sexuellement transmissibles, agressions sexuelles, etc.

Systématiser les échanges de pratiques et le partage d'expérience entre les professionnels. Cet objectif peut être rapidement mis en place et être bénéfique à l'ensemble des membres du groupement. Les idées sont multiples et s'orientent notamment vers la création de groupes de travail sur des cas cliniques particuliers, la mise en place de réunions pluridisciplinaires mais aussi l'organisation de stage d'immersion dans différents établissements des membres du GCS. A titre d'exemple, le GCS Moyenne Garonne propose par exemple la signature de conventions de mobilité du personnel. Ces conventions permettent aux membres du groupement d'échanger leurs salariés. Ces échanges sont un vecteur de redynamisation des équipes au bénéfice d'une meilleure prise en charge des usagers.

Extrait du cahier des charges de l'ARS Aquitaine sur les GCS Santé mentale

L'exemple des stages d'immersion

(GCS Santé mentale et handicap du Limousin)

« La méconnaissance des pratiques réciproques est souvent source de malentendus, et peut laisser des équipes démunies devant la gestion de certaines situations. Dans le Limousin, des salariés éducatifs et paramédicaux vont faire des stages d'observation et d'immersion dans des unités pour personnes psychotiques du CH. Cette mise en situation est propice à l'échange de pratiques et de conseils, et permet également de diminuer les craintes des soignants face aux situations de crise, et de garder des contacts privilégiés avec les personnes formatrices. »

2.1.3 Mettre en commun certaines fonctions supports en lien avec la santé mentale

La thématique de la formation professionnelle des agents en santé mentale

La récurrence des demandes de formations en santé mentale des différents acteurs du département oblige les membres du GCS à proposer une solution efficace à ce problème qui conditionne la qualité de la prise en charge des usagers. Les propositions de mutualisation dans ce domaine sont diverses et concernent les options suivantes :

Favoriser le partage de places lors de formation ou organiser des formations communes. Il s'agit en premier lieu de faire profiter à l'ensemble des membres du GCS des programmes de formations présents au sein des membres du groupement. Le CHD peut constituer une ressource importante pour les autres membres du groupement notamment en réservant quelques places aux agents du groupement lors des formations en santé mentale prévues dans son plan de formation. L'inverse est aussi vrai, notamment pour des formations de certaines associations dans le domaine du handicap psychique. A terme, le GCS pourrait organiser des formations communes en fonction des besoins définis par l'ensemble des membres du groupement. Ces formations peuvent s'appuyer sur l'expertise des professionnels intervenants dans les différentes structures ou bénéficier des réseaux et groupements existants. La formation peut en effet constituer un des « petits pas » les plus significatifs de ce futur GCS. Le directeur du GAP et le directeur de l'Essor ont souvent évoqué la nécessité d'agir dans ce domaine, notamment pour améliorer la prise en charge du handicap psychique dans les établissements qui n'ont pas d'agréments spécifiques. La directrice de l'ALGEEI est par ailleurs

très intéressée par ces formations et son association est impliquée dans d'autres groupements liés à la formation. Le directeur de l'Essor peut constituer une personne ressource intéressante afin d'organiser ces futures formations. En outre, les équipes de Solincité (SAMSAH Santé mentale par exemple) ou encore de l'ESAT de Mézin (Essor) pourraient partager leur expérience lors de modules sur le handicap psychique.

Enfin, le GCS peut être un vecteur de renforcement de la polycompétence des agents en proposant des modules de formation partagés sur des spécialités rares. En effet, la directrice de Solincité insiste sur l'importance à l'avenir de disposer de « référents experts » qui pourront à terme évoluer sur plusieurs structures en cas de besoin.

Permettre une mutualisation intelligente des moyens

Enfin, la constitution d'un GCS de moyen permet à ses membres d'envisager de multiples partages comme ceux des locaux. Le parc immobilier du CHD mais aussi des associations est considérable et disséminé dans tout le département. Optimiser sa gestion dans le cadre du groupement peut être une source d'économies, d'autant que la contribution obligatoire des membres aux charges du GCS peut s'effectuer par une mise à disposition de moyens. L'utilisation en commun de locaux sous utilisés peut par exemple permettre la création de nouveaux lieux d'accueil (pour les familles, les usagers) ou de réunion pour les professionnels.

Plus généralement, ce GCS peut permettre la mise à disposition d'outils et de supports pour la réalisation des évaluations internes dans le domaine médicosocial ou dans le cadre de la démarche de qualité et de gestion des risques. Le conseil juridique dans le domaine des prises en charge en santé mentale (soins sous contrainte, ressources humaines, etc.) peut aussi être envisagé avec les équipes du CHD.

Face à l'éventail très large des possibilités de coopération évoqué à partir de ces divers objectifs, le GCS devra se doter d'une gouvernance et d'un fonctionnement souple afin de garantir son efficacité sur long terme.

2.2 Les modalités juridiques et pratiques : une association souple et pragmatique de partenaires

2.2.1 Privilégier une convention constitutive simple et efficace

Si les débats sur les objectifs du GCS furent consensuels, ceux concernant la future convention du groupement firent prendre conscience aux différents acteurs des implications juridiques sous-jacentes à ce projet. Véritable constitution retraçant l'équilibre interne des pouvoirs, les objectifs généraux et les aspects financiers et stratégiques, ce document a cristallisé les échanges des réunions liminaires de février jusqu'au premier COPIL réuni le 18 juin 2014.

Lors des premières réunions, l'ARS avait proposé une convention type de GCS reprenant l'ensemble des mentions essentielles qui doivent figurer dans ce document, comme précisé dans la fiche technique publiée en 2011 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale des finances publiques (DGFIP)⁵⁰. L'ARS Aquitaine rappelle par ailleurs dans son cahier des charges sur les GCS Santé mentale, les rubriques essentielles devant y figurer.

Force est de constater que si l'outil juridique est assez souple, les attentes des acteurs en termes d'équilibre des pouvoirs et de respect de leur autonomie ont été rappelées à de multiples reprises dans les questionnaires et lors des entretiens.

La répartition des pouvoirs politiques et économiques

Les membres du GCS ont choisi de constituer un groupement de droit privé. Depuis 2011, la loi permet en effet aux membres de choisir la nature juridique de leur GCS si celui-ci est composé de personnes publiques et privés. Le choix du droit privé s'est un peu fait par défaut, cette nature juridique semblant a priori apporter plus de souplesse ou de simplicité en termes de comptabilité et se rapprochant ainsi un peu plus du statut associatif bien connu de l'ensemble des acteurs.

Le premier canevas de convention constitutive répartissait les membres du groupement en deux collèges, public et privé. Les droits des membres étaient définis à proportion de leur

⁵⁰ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011, *Fiche technique 1, la convention constitutive des GCS*, disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_no1 - La convention constitutive des GCS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_no1_-_La_convention_constitutive_des_GCS.pdf)

apport au capital, réparti à part égale entre les deux collèges. Toutefois, chaque membre pouvait disposer d'un nombre de part de capital différente au sein de son collège. Or, les droits de vote à l'assemblée générale étaient proportionnels au nombre de part. Si l'équilibre entre les parts publiques et privées ne pouvait pas être rompu, la répartition des pouvoirs au sein de l'assemblée risquait toutefois de se faire en faveur ou en défaveur de certains membres dont le poids économique au capital aurait été moindre. En conséquence, le COPIL a jugé pertinent de constituer ce groupement sans capital. Les collèges ont été supprimés au profit d'un collège unique. Le groupement a choisi une répartition des voix correspondant à une personnalité morale égale une voix, permettant un équilibre simple entre chacun des acteurs sans tenir compte du statut privé ou public de celui-ci. Plus claire, cette répartition permet de ne pas accorder trop de poids aux associations ayant un grand nombre d'établissements. Elle n'accorde pas non plus de prépondérance aux acteurs ayant un fort poids économique comme le CHD. Ces premières décisions sont donc en accord avec le contexte local du Lot et Garonne qui souhaite éviter à tout prix l'hégémonie d'un acteur en particulier. Cette « démocratie pragmatique » évoquée par la directrice de Solincité, facilitera les délibérations de l'Assemblée générale et la confiance au sein du groupement.

En termes économiques, chaque membre participera aux charges de fonctionnement du GCS et cette participation sera calculée en fonction des services rendus à chaque membre. Une clef de répartition sera votée en assemblée générale. La participation des membres peut être financière, en nature ou par mise à disposition de locaux ou matériel. De plus, les ressources du groupement peuvent provenir « des financements extérieurs notamment par l'Agence régionale de santé, l'Etat, les collectivités territoriales, les dons et legs, et des subventions obtenues suite à des appels à projets ».

Une gouvernance souple

En termes de gouvernance, le GCS sera doté d'une assemblée générale dans laquelle tous les acteurs du département seront représentés. De manière tout à fait classique, l'assemblée générale délibèrera sur un ensemble de matières prévues légalement, notamment le budget et les grandes orientations stratégiques du GCS. Elle devra élire un administrateur pour 3 ans renouvelables. La directrice de Solincité évoque la nécessité de choisir un mandat non renouvelable afin de favoriser une gestion tournante du groupement. Ce principe paraît plutôt sain et pourrait éventuellement être institué dans les prochaines versions avant signature de la convention. L'administrateur sera épaulé par un comité exécutif composé de 10 personnes afin de le conseiller et de l'assister dans la mise en place des différents projets. Ce véritable

« bureau », à l'image des modalités associatives prévues par la loi de 1901, permettra à l'administrateur d'assurer l'application des décisions de l'assemblée.

Outre la convention constitutive, un règlement de fonctionnement devra être adopté afin de préciser les règles de fonctionnement du GCS. Sur le même modèle que la convention, plusieurs préconisations peuvent être faites concernant les principes essentiels à mentionner dans ce règlement :

- Il devra prévoir les modalités de mise à disposition du personnel des membres au profit du groupement (modalités de remboursement pour les frais engagés, conventionnement...) et les modalités de partage de temps ou de recrutement des salariés par le GCS.
- Il devra évoquer le « partage administratif des projets », c'est-à-dire le positionnement de chaque membre vis-à-vis des demandes d'autorisations administratives pour la mise en fonctionnement de nouveaux services ou d'équipements communs. Ainsi, chaque membre peut décider de transférer certaines autorisations au GCS et le GCS peut décider de déposer en son nom une demande.
- Le règlement pourra aussi mentionner les modalités d'évaluation de la qualité des activités et des prestations, l'information et les droits des usagers, etc.
- Enfin, celui-ci pourra évoquer la création de tout autre comité qu'il jugera nécessaire de créer (le GCS Moyenne Garonne a créé un comité d'éthique ainsi qu'un comité technique afin de mettre en place les projets avec les cadres et les personnels, etc.).

Il convient que noter qu'un GCS de moyen ne peut pas être titulaire d'une autorisation d'activité de soins sans être automatiquement érigé en GCS établissement de santé. Toutefois, ces autorisations de soins ne concernent pas les équipements matériels lourds et les autorisations du Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ainsi, le GCS Santé mentale pourra candidater à des appels à projets pour gérer en commun des services relevant du CASF ou encore des équipements matériels lourds.

Malgré leur caractère technique, ces principes doivent être soigneusement étudiés par les membres du groupement afin de garantir toute la transparence sur les procédures qui se mettront en place dans le cadre du GCS. Il en est de même des modalités pratiques de fonctionnement entre le niveau départemental et les coopérations qui devront se mettre en place au niveau local.

2.2.2 Vers un pilotage départemental et un maillage local en santé mentale

Comme énoncé dans la convention constitutive du GCS, le groupement doit disposer d'outils pour atteindre ses objectifs. Ainsi, celui-ci « conclut des conventions utiles à la réalisation de son objet ; permet, dans le respect de l'autonomie des acteurs, et après y avoir été autorisé par leurs dirigeants ou responsables, l'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux chez chacun de ses membres et mutualise, après accord express des parties, les équipements, services, et autres moyens d'intérêts communs. » Ce mode de fonctionnement privilégie logiquement la convention afin de favoriser la coopération entre ses membres. Ainsi, une certaine souplesse est laissée au GCS afin d'organiser son action sur le territoire. Si le pilotage du GCS sera assurément départemental, la mise en place des projets évoqués dans la partie précédente ne pourra se faire qu'au cas par cas, selon des partenariats à géométrie variable et ne concernant pas l'ensemble des acteurs, ni l'ensemble du département. La signature de conventions sera conditionnée à la nature des projets mis en place comme par exemple, la création d'un accueil de jour entre le CHD et une association sur un territoire donné.

Aussi, l'idée d'un maillage local au plus proche des territoires de proximité semble-t-il pertinent afin d'aboutir à des projets concrets et efficaces sur le terrain. Ce pragmatisme, inspiré par les actions de proximité engagées par les membres du GCS Moyenne Garonne, pourrait par exemple prendre forme par la mise en place de véritables plateformes en santé mentale. Ces plateformes correspondraient ainsi aux territoires de proximité du département, à savoir Villeneuve sur Lot – Fumel, Marmande – Tonneins et Agen – Nérac. A chaque territoire correspond un environnement particulier et une structuration propre des services. De plus, ces territoires disposent d'un CMP qui pourrait être érigé en pivot de ces plateformes, conformément à leur rôle attribué par la circulaire de 1960. Ces plateformes pratiques pourraient alors réunir l'ensemble des acteurs œuvrant sur ce territoire, directeurs d'établissements, psychiatres, professionnels et représentants de familles et d'usagers afin de définir ensemble les besoins précis en santé mentale de leur population. De cette analyse des besoins au plus près du terrain naîtrait ainsi de nouveaux projets concrets s'inscrivant dans les grands objectifs définis au niveau départemental. Cette analyse permettrait aussi de faire le bilan de l'existant et d'envisager les mutualisations possibles au niveau local, que ce soit en termes de compétences rares, de partage de locaux ou de besoins en formation.

Il est vrai que certains acteurs pourraient être hostiles à la création de plateformes territorialisées car ils perdraient de fait l'avantage du nombre qu'ils ont acquis au niveau départemental. De plus, certaines associations ne sont pas présentes dans tout le département

et pourraient devenir des acteurs incontournables de certaines plateformes. A titre d'illustration, Solincité serait probablement un acteur important d'une plateforme marmandaise mais serait moins influente dans les deux autres plateformes. Dans le même temps, si l'ALGEEI risque de perdre un peu en influence, elle resterait présente au sein de toutes les plateformes grâce à son important maillage territorial. Malgré ces difficultés, cette territorialisation semble une idée à même de répondre aux besoins des usagers et de favoriser l'action concrète du GCS. Le courage de la mettre en place appartiendra aux membres de l'Assemblée générale du groupement.

Enfin, ce travail au plus près des territoires de vie des usagers nécessitera un temps de coordination afin d'assurer la cohérence globale des actions du GCS au niveau départemental. Ce travail pourrait ainsi être réalisé suite au recrutement d'un coordonnateur, chargé de mission et placé auprès de l'administrateur du GCS. Celui aurait pour mission d'assurer la cohérence des actions engagées par les plateformes avec les objectifs du GCS, d'assurer la centralisation des conventions signées entre les différents partenaires, de participer à l'évaluation de ces conventions et de diffuser les bonnes pratiques entre les différents territoires.

2.2.3 Envisager la place des usagers

La place des usagers et des familles est une composante essentielle de tout projet de coopération. L'UNAFAM est l'association la plus importante du Lot et Garonne⁵¹. Au niveau national, cette association compte plus de 13 000 adhérents et 97 délégations départementales. Dans le domaine de la santé mentale, il semble pourtant difficile d'envisager la place des usagers compte tenu des pathologies mentales et des handicaps psychiques qui les affectent. Aussi, et malgré les tentatives menées en ce sens, ce sont essentiellement les familles qui assurent la représentation institutionnelle des malades dans le domaine de la santé mentale. Ce travail de représentation s'est d'ailleurs largement accru ces dernières années du fait du nombre important de projets de coopération et d'instances qui nécessitent une participation de l'UNAFAM.

Comme le rappelle le directeur de la délégation lot et garonnaise de l'UNAFAM, le manque de bénévole conduit cette association à ne plus se concentrer sur sa mission première, l'écoute, l'accueil et le conseil aux familles, pour pouvoir participer à l'ensemble des instances et réunions. Toutefois, cette représentation est nécessaire afin de faire entendre la voix des

⁵¹ Les Croix marines sont aussi représentées, notamment au sein d'un GEM situé à Agen mais leur poids n'est en rien comparable à celui de l'UNAFAM.

usagers. Cette sursollicitation de l'UNAFAM ne questionne pas sa participation au GCS Santé mentale même si le directeur avoue être un peu en retrait du fait de la complexité du dispositif : « Dans ce GCS là, nous avons été des volontaires désignés. Si cela peut casser les cloisons, faire de la mise en réseau tant mieux, c'est que du positif. Le GCS me paraît assez compliqué à faire fonctionner car il y a le sanitaire, le médico-social ».

L'UNAFAM est par ailleurs relativement habituée aux projets de coopération étant donné que certains de ses membres participent au Conseil d'administration de Solincité. Ainsi, une collaboration naturelle unit ces deux entités. Concernant la participation effective de l'UNAFAM au GCS Santé mentale, elle reste encore à définir avec précision. Le projet actuel de convention constitutive mentionne l'UNAFAM comme membre du GCS. Or, la qualité de membre suppose une contribution aux charges de fonctionnement⁵². Un statut de partenaire ou de participant au GCS serait donc plus approprié pour assurer la participation de ces représentants dans les instances du GCS sans supposer une implication financière⁵³.

Malgré la présence de l'association dans tous les projets et instances liées à la santé mentale, elle s'estime « reconnue » au niveau institutionnel, « mais pas encore connue » des professionnels et des familles du territoire. Le GCS pourrait être une opportunité pour l'UNAFAM afin de se faire connaître d'avantage et espérer recruter de futurs bénévoles pour l'aider dans sa tâche.

2.3 Elargir les horizons du GCS : une perspective d'avenir

2.3.1 Le CHD, nécessaire coordonnateur des dispositifs en santé mentale

Si le CHD a été désigné comme coordonnateur des travaux sur le GCS Santé mentale, tel n'était pas le souhait de la direction qui aurait sans doute préféré que la DTARS prenne la conduite de ce projet. Plusieurs raisons expliquent ce positionnement. Comme évoqué plus haut, le CHD est en pleine effervescence et les projets se multiplient : projet d'établissement, volet « santé mentale » de la CHT, difficultés de la FMIH... Le projet de GCS, non prioritaire, vient donc s'ajouter à cette liste à un mauvais moment pour la direction. De plus, la suspicion de certaines associations vis-à-vis du CHD n'encourage pas l'établissement à revendiquer ce rôle qui pourrait le desservir par la suite. Enfin, ce nouveau GCS et les objectifs ambitieux qu'il ne

⁵² Ainsi qu'un droit de vote, mais cela ne poserait pas de problème a priori.

⁵³ Le budget de l'UNAFAM 47 est d'environ 4300€.

manquera pas d'afficher demanderont du temps et la mobilisation de moyens, même dans le cas où le CHD ne serait pas administrateur du GCS⁵⁴.

Pour autant, la directrice de Solincité invite le CHD à se saisir du pilotage du GCS au niveau départemental. En effet, elle rappelle que le CHD coordonne déjà la politique de secteur et ne sera pas accusé de favoriser telle ou telle association. De plus, le CHD dispose déjà de coopérations avec presque tous les acteurs. Selon cette directrice, le CHD doit jouer « un rôle de sécurisation auprès du secteur médico-social ». Ce pilotage serait alors essentiel afin de mettre en place les plateformes de santé mentale à partir du rôle pivot du CMP afin de « jouer le jeu des territoires et mutualiser localement en fonction des associations présentes ».

Les préconisations dans ce domaine ne peuvent donc pas s'orienter vers une solution qui minimiserait le rôle du CHD, seul établissement psychiatrique du département. Celui-ci pourrait s'affirmer comme coordonnateur du GCS mais aussi plus largement de la politique de santé mentale, en lien avec la DTARS. Cette nécessité pourrait tout d'abord s'incarner dans l'affirmation au sein de son nouveau projet d'établissement, de la volonté d'être l'acteur majeur de la coordination et la mise en cohérence des différents outils de coopération auxquels il participe et qui se superposent. Les idées dans ce domaine sont les bienvenues, tant la tâche paraît ardue : les questions posées à l'ARS par certains acteurs concernant l'articulation entre la CHT et le GCS sont restées sans réponse.

Le besoin de coordination tient tout d'abord de la CHT et du GCS. En effet, les deux dispositifs vont être mis en place et produire leurs premiers effets au même moment, dès le premier trimestre 2015. A la différence du GCS, la CHT ne dispose pas de la personnalité morale, elle sera donc amenée à travailler par voie de conventions simples signées entre ses membres ou par le biais de la création de GCS ou éventuellement de Groupements d'intérêt public (GIP). Le CHD devra donc s'assurer que les conventions ou les groupements qui seront créés dans le cadre du volet « santé mentale » du projet médical commun s'articulent avec les conventions du GCS, notamment celles qui seront signées avec les membres communs aux deux outils de coopération (CH, CHD) et les structures associées à la CHT (EHPAD).

La redondance des actions entre le GCS et les volets de la CHT pourrait concerner deux domaines précis : la question de la prise en charge des personnes âgées et plus anecdotiquement la question des urgences psychiatriques. Concernant les personnes âgées, la question du développement de l'EMGP à l'ensemble du département est une action mentionnée

⁵⁴ L'administrateur sera désigné par un vote de l'assemblée générale du GCS.

dans le volet « personnes âgées » et dans le volet « santé mentale » de la CHT. Ce point ne devrait pas poser trop de problèmes puisque l'élargissement de son action (ou la création d'une nouvelle EMGP) se fera par le biais de conventions simples entre le CHD et chaque établissement. L'EMGP pourra donc faire l'objet de conventions du CHD avec les établissements médico-sociaux privés, négociées dans le cadre du GCS. Afin d'être cohérent, les conventions signées par les EHPAD publics (membres du GCS mais aussi associés à la CHT) pourraient être symboliquement placées sous le signe des deux outils. Quoiqu'il en soit, c'est le CHD qui sera l'initiateur de ces conventions avec chaque établissement, qu'ils soient publics ou privés.

Concernant les urgences psychiatriques, le volet « santé mentale » de la CHT prévoit le renforcement de la cohérence territoriale des prises en charge à partir des trois CH du département. Il n'y a pas d'offre psychiatrique privée en Lot et Garonne mais une convention a été établie entre la Clinique Esquirol Saint Hilaire et le CH d'Agen concernant les patients arrivant aux urgences de la Clinique et nécessitant une prise en charge psychiatrique. Ceux-ci peuvent bénéficier d'une consultation et d'une orientation par le biais des psychiatres du SAU du CH d'Agen. La CHT ne concernant que les établissements publics, cette convention ne fait pas partie du projet. Toutefois, dans l'optique où la Clinique souhaiterait s'engager dans le GCS, le développement de tels partenariats pourrait s'intégrer dans les objectifs du groupement.

Afin de garantir plus largement la coordination de la CHT et du GCS, il semble possible d'envisager la participation d'un représentant du GCS Santé mentale (idéalement de l'administrateur) au sein de la gouvernance de la CHT et inversement au sein du GCS. Sous réserve de l'acceptation de l'ensemble des membres de la CHT, ce représentant du GCS pourrait être invité lors de certains Comités de pilotage ou par la suite à la Commission de communauté, seule instance prévue par la loi afin de suivre l'application de la convention de la CHT. Dans le cas du GCS, une invitation du directeur de la CHT à l'assemblée générale semble la plus opportune.

Enfin, l'action du GCS devra prévoir son articulation avec le GCS interdépartemental de Moyenne Garonne. Une coordination pragmatique pourra être mise en place au niveau des éventuelles plateformes en santé mentale et notamment de la plateforme qui sera située dans le champ d'action du GCS Moyenne Garonne (Marmande-Tonneins, quelques établissements villeneuvois). Ainsi, les projets du GCS Moyenne Garonne ayant un impact en Lot et Garonne ou impliquant des établissements du GCS Santé mentale pourraient faire l'objet d'une réflexion au niveau de la plateforme ou au niveau départemental pour les coopérations plus générales (comme dans le domaine de la formation où des modules communs pourraient être organisés entre les deux GCS).

Une fois ces dispositifs coordonnés, il semble tout à fait envisageable et souhaitable que le GCS s'oriente vers un élargissement de ses coopérations à d'autres acteurs importants.

2.3.2 Impulser les coopérations avec de nouveaux acteurs

La constitution de ce GCS Santé mentale peut aussi être un moyen d'impulser de nouvelles coopérations avec des acteurs essentiels à la prise en charge globale des usagers. Il s'agira tout d'abord d'envisager la participation au GCS des professions libérales. En effet, le futur GCS ne peut pas faire l'économie des soins de premier recours et ambulatoires, porte d'entrée de nombreux malades psychiques dans le système de santé mentale. Les médecins généralistes mais aussi les médecins psychiatres libéraux doivent pour contribuer à leur tour à la régulation des inadéquations d'hospitalisation du CHD mais aussi constituer des alternatives au placement en institution de certains publics. Le président de la CME rappelle d'ailleurs que plus de 50% des psychiatres libéraux ont été formés au CHD et qu'ils connaissent bien les rouages de cet établissement. Ils gardent par ailleurs de nombreux contacts avec leurs confrères et les services du CHD. Cette coopération peut donc être largement facilitée en ce qui concerne les psychiatres du département.

La DTARS n'a pour l'instant pas souhaité associer un représentant des professions libérales au COPIL du GCS. Il est vrai que le choix de ce représentant est difficile à faire. Si le directeur de l'Essor propose de consulter le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) afin que soit désigné un représentant, il semble difficile de privilégier une profession libérale en particulier, d'autant que la participation de réseaux de soins infirmiers à domicile est envisagée (Handissiad). En outre, si la participation à titre individuel des praticiens libéraux est possible au sein du GCS, le déséquilibre serait trop fort en termes de voix à l'assemblée générale. Ainsi, l'option la plus simple pourrait être de constituer une association composée des représentants des professions libérales intervenant dans le champ de la santé mentale. Celle-ci serait membre du GCS et son représentant légal siègerait avec voix délibérative à l'assemblée générale. Une présidence tournante de l'association permettrait de représenter successivement les différentes professions impliquées.

En lien avec l'action de ces professions libérales, le GCS devra probablement s'orienter vers les futures Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) existantes ou en cours de création dans le département. La DTARS est particulièrement impliquée dans le développement de ces MSP au niveau départemental. Le réseau AIME serait notamment intéressé par cet éventuel

partenariat afin de renforcer son action de prévention et d'orientation dans le domaine de la périnatalité. Au-delà, le GCS pourrait ainsi bénéficier de la couverture territoriale que fourniront l'ensemble des MSP afin de faire connaître ses structures et d'envisager de futurs échanges et partenariats (interventions de professionnels, permanences, etc.). Un représentant régional de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) pourrait rejoindre l'association des professions libérales citée plus haut ou constituer une association propre aux MSP du Lot et Garonne afin de rejoindre le GCS Santé mentale.

Au-delà des professions libérales, le GCS pourrait permettre de renforcer les liens entre tous les acteurs territoriaux autour de la problématique de la santé mentale en impulsant la création de Conseils locaux de santé mentale (CLSM). Ce rôle d'impulsion pourrait tout d'abord être joué par les plateformes de santé mentale situées dans les principales communes du département (Agen, Villeneuve sur Lot, Marmande). La création de ces CLSM serait un symbole fort de la valeur ajoutée qu'un GCS Santé mentale peut apporter sur un territoire. La médiatisation d'un tel événement permettrait aussi de faire connaître le groupement auprès des familles et de tous les acteurs du département.

Encouragés par le rapport Robiliard⁵⁵ et par la MNASM⁵⁶ les CLSM permettent de rassembler un maximum d'acteurs au sein des territoires de proximité⁵⁷ : professionnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, élus locaux et services de l'Etat concernés ainsi qu'un grand nombre d'associations (aidants, familles, usagers, culturelles et sportives, etc.). En lien avec les objectifs du GCS, ils permettraient d'enrichir les propositions et les actions des plateformes en santé mentale. Enfin, en impliquant de nombreux acteurs clefs comme l'Education nationale, les associations sportives et culturelles, services de justice et de police, ces CLSM permettraient d'associer au GCS ces acteurs avec lesquels de nombreux membres du GCS travaillent déjà.

Enfin, il semble pertinent de penser à terme l'implication des acteurs sociaux du département notamment par l'implication du CG du Lot et Garonne et de la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP). La volonté du GCS de construire un parcours de soins global et coordonné obligera à ce nouveau décloisonnement. Les liens avec les Centres médico-sociaux (CMS), la Protection maternelle et

⁵⁵ ROBILIARD, *op. cit.*, p. 51.

⁵⁶ KANNAS S., ROELANDT J-L., 2011, « Les conseils locaux de santé mentale », *Pluriels : la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, n°87/88, pp.1-12.

⁵⁷ Cf. Annexe 8 « Extrait de la fiche outil d'Institut régional de la ville (IREV) en Nord-Pas de Calais sur les Conseils locaux de santé mentale ».

infantile (PMI), les Centres d'hébergement et de réinsertion (CHRS), la MDPH, etc. devront faire l'objet de groupes de travail et entraîneront probablement l'adhésion de nouveaux acteurs.

2.3.3 Au-delà des frontières départementales et régionales

L'élargissement des actions du GCS à de nouveaux acteurs départementaux pourrait être complété par une ouverture du GCS au niveau des départements limitrophes qu'ils soient situés en Aquitaine ou dans d'autres régions. Cette perspective à plus long terme peut se décliner selon plusieurs aspects.

Lors de la réunion visant à faire le bilan de la mise en place des GCS Santé mentale en Aquitaine organisée à Bordeaux le 28 mai 2014, certains directeur de CHD se sont interrogés sur les dispositifs de coordination éventuellement prévus par l'ARS afin faire le lien entre les différents GCS Santé mentale mis en place dans la région. Si l'ARS a pris bonne note de cette remarque, il est certain qu'un tel dispositif devrait être léger et ne consisterait pas en la création d'une nouvelle structure régionale. Plusieurs options sont alors possibles.

Il pourrait s'agir pour les différents administrateurs de GCS de présenter chaque année les réalisations permises par le GCS dans chaque département⁵⁸ lors d'une réunion régionale organisée au siège de l'ARS. Un recueil de bonnes pratiques et des idées les plus originales et fonctionnelles serait bénéfique aux GCS de la région mais aussi pour les futurs GCS Santé mentale créés au niveau national. Pour le DGARS, cette banque de donnée lui permettrait aussi d'appuyer son action auprès de la DGOS avec des résultats tangibles.

Ces réunions annuelles seraient aussi l'occasion d'évoquer les difficultés rencontrées par les GCS et d'obtenir collectivement des réponses aux questionnements juridiques transmis au préalable auprès des services de l'ARS. La situation régionale entraînant une concentration des moyens au niveau de la métropole bordelaise (notamment les effectifs de psychiatres), ces rencontres des GCS ruraux avec les trois GCS du département de la Gironde permettraient d'établir des contacts privilégiés et éventuellement de favoriser les partenariats. A titre d'exemple, certains échanges pourraient favoriser la venue d'internes en psychiatrie au sein des CHD des départements moins bien pourvus. Comme le souligne le président de la CME, des contacts et des échanges existent déjà entre les établissements proches de Marmande et le CHD de Cadillac en Gironde et certains professeurs bordelais se rendent compte de l'importance d'un maillage psychiatrique en territoire rural.

⁵⁸ Sur la base de leurs rapports d'activité par exemple.

Au-delà de la région Aquitaine, nombreux sont les acteurs de Lot et Garonne qui ont des contacts réguliers avec les départements alentours notamment avec des établissements limitrophes en région Midi-Pyrénées (transferts de patients vers d'autres établissements faute de places, etc.). Le GCS pourrait donc créer en son sein un groupe de réflexion afin de fluidifier ces contacts et favoriser les partenariats. Ce décloisonnement pourrait notamment s'effectuer en direction des futurs GCS Santé mentale ou des GCS thématiques (formation, etc.) en construction dans les autres régions françaises.

Conclusion

La construction du GCS Santé mentale de Lot et Garonne ne fait que commencer et le caractère durable et efficace du groupement sera fonction de l'engagement des différents membres au profit de sa réussite pratique sur le terrain. Les objectifs prévus et les idées de coopérations évoqués dans ce mémoire témoignent des premiers échanges mais ceux-ci devront nécessairement être complétés par les travaux des groupes de travail à la fin de l'année 2014. Le dynamisme de la direction du CHD La Candélie est aujourd'hui un atout pour ce département et la personnalité du directeur permet la mobilisation des acteurs autour des projets utiles et concrets pour les usagers en santé mentale.

La méthodologie employée aurait pourtant nécessité une véritable réunion plénière au niveau départemental placée sous l'égide de l'ARS et réunissant l'ensemble des acteurs afin d'annoncer la création du GCS Santé mentale. Cette réunion aurait été le point de départ de la méthodologie de projet et aurait permis de dissiper les crispations et les malentendus. L'envoi d'un questionnaire a permis de pallier en partie ce manque, malgré la faible mobilisation des sondés. Malgré ces aléas inhérents à tout projet de coopération, la participation des principaux acteurs du département au COPIL et les inscriptions aux groupes de travail permettent déjà à ce GCS d'être parmi les plus aboutis en Aquitaine.

Pour le CHD, ces projets sont vecteurs de renouveau et permettent la mobilisation des équipes autour de projets d'avenir. Si la multiplication des projets peut être un handicap, elle doit être l'occasion de clarifier le positionnement du CHD en tant que pilote de la politique de santé mentale au niveau territorial en lien avec les missions de l'ARS. Pour les établissements médico-sociaux, ce GCS est une opportunité d'ouverture vers leurs partenaires et collègues, d'aujourd'hui et de demain. Les besoins d'échange et de communication des dirigeants et des professionnels témoignent à eux seuls de l'utilité de ce groupement. Par ailleurs, les lacunes constatées dans le parcours de soins ne sont plus acceptables comme le rappellent depuis plusieurs années les associations de famille et d'usagers. Les restructurations de l'offre et la mutualisation des moyens sont nécessaires afin de faire face aux défis de prise en charge mais aussi afin de réaliser des économies, recherchées par l'ensemble des acteurs. Un tel groupement, utilisé en toute lucidité et avec pragmatisme par ses acteurs devrait leur permettre d'avancer ensemble et de dépasser les rivalités d'hier. L'innovation dans les prises en charge et dans la création de nouveaux dispositifs devra constituer le fil rouge de ce groupement à l'image du dynamisme des associations évoluant en Lot et Garonne.

L'ouverture de ce groupement sur l'extérieur, la complémentarité des différents dispositifs et le décroisement des secteurs doivent aussi être au centre de ce projet de coopération. On peut cependant regretter que ces groupements thématiques induisent un nouveau cloisonnement en ciblant spécifiquement des publics ou des pathologies. A charge pour le GCS d'éviter ce piège et de s'orienter en pratique vers la satisfaction des besoins des usagers, ceux-ci étant définis au préalable avec un panel large et diversifié d'acteurs locaux. Les plateformes en santé mentale installées au plus près du terrain et des acteurs semblent un moyen de répondre à cet enjeu.

Force est de constater que l'isolement du directeur vit peut être ses dernières heures, y compris en milieu rural. La collégialité gagne du terrain mais demande aussi un investissement plus grand en temps et en personnel et des moyens en coordination nouveaux afin de garantir la cohérence de l'ensemble du système. La réflexion de Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut sur les nouveaux professionnels de la coordination pourrait permettre d'orienter le fonctionnement futur de ces coopérations⁵⁹. Les ARS et les Conseils généraux joueront ici un rôle essentiel en permettant le financement de ces coordonnateurs, condition de la réussite de ces projets.

⁵⁹ BLOCH M-A., HENAUT L., *op. cit.* p. 185.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal officiel, n°36 du 12 février 2005, p. 2353, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=&categorieLien=id>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel, n°167 du 22 juillet 2009, p. 12184, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au Journal officiel, disponible sur internet :

http://www.ascodocpsy.org/spip/IMG/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065611&dateTexte=20050725>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, Circulaire n°5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie, Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°88/6 bis.

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé Mentale, Journal officiel du 3 avril 1990, pp. 4060-4069, disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=19900403&numTexte=04060&pageDebut=04060&pageFin=

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé n°2, p.100, disponible sur internet :

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Documents de planification et publications ministérielles

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE, *Projet régional de santé 2011-2016*, disponible sur internet :

<http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Le-Projet-regional-de-sante-d.130999.0.html>

COMMISSION EUROPEENNE, 2005, *Améliorer la santé mentale de la population, vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne* (livre vert), disponible sur internet :

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf

COMMISSION EUROPEENNE, 2008, *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*, disponible sur internet :

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2001, *Plan Santé mentale : l'usager au cœur d'un dispositif à rénover*, disponible sur internet :

<http://cnmp.free.fr/textes/mental.pdf>

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, *Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*, disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/pour-en-savoir-plus,11397.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, 2011, *Fiche technique 1, la convention constitutive des GCS*, disponible sur internet :

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_no1 - La convention constitutive des GCS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_no1_-_La_convention_constitutive_des_GCS.pdf)

Ouvrages et articles

BARREYRE J-Y., 2012, « Pour une nouvelle économie de santé publique, l'exemple de la psychiatrie et la santé mentale », *Bulletin du CREAL Bourgogne*, n°327, pp. 7-15.

BLOCH M-A., HENAUT L., 2014, *Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 315 p.

COLDEFY M., EHRENBURG A., 2013, « Psychiatrie, mutations et perspectives », *Actualité et dossier en santé publique*, n°84, pp. 15-64.

DEMAILLY M., AUTES M., 2012, *La politique de santé mentale en France, acteurs, instruments, controverses*, Paris : Armand Colin, 231 p.

DEFROMONT L., 2012, « Psychiatrie, santé mentale et territoires », *La revue hospitalière de France*, n°547, pp. 26-43.

FAYARD A., CARIA A., 2012, « Les questions liées à la santé mentale », *La santé de l'homme*, n°420, pp. 29-33.

JAEGGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris : Dunod, 201 p.

KANNAS S., ROELANDT J-L., 2011, « Les conseils locaux de santé mentale », *Pluriels : la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*, n°87/88, pp.1-12.

KELLER C., LOUAZEL M., MOQUET-ANGER M-L., 2013, « Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration de l'offre hospitalière ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n°4, pp. 687-699.

LAROSE D., 2011, « La métamorphose constamment inachevée des outils de coopération », *Finances hospitalières*, n°51, pp. 24-27.

LEVRAY N., 2013, « Santé mentale : les limites de la psychiatrie », *La gazette santé social*, n°96, pp. 22-29.

MARTIN BORN F., 2013, « Etablissements de santé : coopération et parcours de soins », *Les cahiers de la fonction publique*, n°336, pp. 24-42.

Rapports et études

BLOCH M-A., HENAUT L., SARDAS J-C., GAND S., 2011, « La coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », étude réalisée pour la fondation Paul Bennetot par le Centre de gestion scientifique de Mines-ParisTech, 241 p.

COURS DES COMPTES, 2011, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 », Rapport public thématique, 202 p.

COUTY E., 2009, « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, 86 p.

MILON A., 2012, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux », 60 p.

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE, 2009, « L'organisation de la psychiatrie du département du Lot et Garonne », 148 p.

PIEL E., ROELANDT J-L., 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », 86 p.

ROBILIARD D., 2013, « Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie », 133 p.

Thèses et mémoires

BERTHE J., 2012, *La coopération, un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur le territoire : l'exemple des centres hospitaliers de Charles Perrens et de Cadillac*, Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 93 p.

CORNU S., FIORANCIO J., HYPOLITE A., 2013, *A quoi peut donc servir un nouveau terme face à un problème ancien ? Le cas du handicap psychique*, Module interprofessionnel de santé publique de l'Ecole des hautes études en santé publique, 71 p.

DELARUE G., 2010, *La collaboration entre le sanitaire et le médico-social. Organisation de formations destinées aux professionnels du sanitaire et du médico-social sur la prise en charge du handicap psychique*, Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 49 p.

DUFOURG C., 2009, *Le Groupement de coopération sanitaire au service d'une offre de soins plus efficiente ? L'exemple du département du Lot et Garonne*. Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 76 p.

DUHAMEL B., 2007, *Les « inadéquations » d'hospitalisations au long cours en psychiatrie : stratégie d'établissement et actions institutionnelles autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin*, Mémoire de l'Ecole nationale de la santé, 83 p.

LE HENANFF A., 2013, *L'évaluation du Comité régional « Psychiatrie et santé mentale » de l'ARS Poitou-Charentes, quel rôle pour la concertation dans la gouvernance de la politique de santé mentale*, Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 123 p.

SABINE F., 2010, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie ? L'exemple du Centre hospitalier Charles Perrens*, Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 66 p.

Sites internet

ALGEEI, *Projet associatif 2012*, disponible sur internet :
<http://www.algeei.org/pdf/PROJETASSOCIATIF.pdf>

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'AQUITAINE, *Michel Laforcade a été nommé mercredi Directeur général de l'Agence régionale de santé Aquitaine*, [mis à jour en 2012], disponible sur internet : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Michel-Laforcade-a-ete-nomme-m.141578.0.html>

CENTRE HOSPITALIER DE LA CANDELIE, *Les chiffres clés*, [mis à jour en juin 2014], disponible sur internet : http://www.ch-candelie.fr/spip.php?page=article&id_article=16

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, *Démarche d'expérimentation du groupement de coopération en psychiatrie* [mis à jour en août 2010], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/Actualites/Offre-de-soins-Qualite/Psychiatrie-et-sante-mentale/Demarche-d-experimentation-du-Groupement-de-Cooperation-en-psychiatrie-GCS>

MINISTERE DE LA SANTE, *Le groupement de coopération sanitaire*, [mis à jour en août 2013] disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/le-groupement-de-cooperation-sanitaire.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *La santé mentale : renforcer notre action, Aide-mémoire n°220*, [Mise à jour en août 2014], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

UNION EUROPEENNE, *Déclaration Schuman du 9 mai 1950*, disponible sur internet : [http://europa.eu/about-eu/basic-information/symbols/europe-day/schuman-declaration/index fr.htm](http://europa.eu/about-eu/basic-information/symbols/europe-day/schuman-declaration/index_fr.htm)

Liste des annexes

Annexe 1	Article de la revue Direction[s] sur le GCS Santé mentale et handicap du Limousin
Annexe 2	Extraits du CPOM du CHD La Candélie
Annexe 3	Profil des répondants au questionnaire
Annexe 4	Exemple de questionnaire d'information et d'analyse des besoins
Annexe 5	Liste des entretiens réalisés
Annexe 6	Exemple de guide d'entretien
Annexe 7	Informations sur le projet d'établissement 2015-2020 du CHD
Annexe 8	Extrait de la fiche outil de l'Institut régional de la ville (IREV) en Nord-Pas de Calais sur les Conseils locaux de santé mentale

REPORTAGE



De gauche à droite : Véronique Quet et Annie Zapata, respectivement présidente et directrice générale de l'Adapei de la Creuse.



Ludovic Dubois (à g.), directeur de l'association Areha, qui gère une MAS et un foyer de vie, et Daniel Deveau, directeur de l'association de Faugeras.



Teddy Gourinel, directeur de l'Esat L'Envol (Association Prism) en compagnie de Corinne Bouysse, directrice générale de l'Apajh 87.

... nous allons pouvoir orienter les patients psychiques vieillissants vers des établissements ad hoc, créés par les partenaires », constate Antoine Pachéco.

Une boîte à outils

L'autre intérêt du groupement est de prendre le temps de la réflexion. Ainsi, le groupe de travail Évaluation s'est vu plus de dix fois et a passé plus de 40 heures à élaborer un guide méthodologique très complet qui va aider les adhérents à choisir leur organisme : « Il propose des critères de sélection, des indications de tarifs, des mises en garde sur le profil de l'évaluateur et sa connaissance du secteur. Cet outil est un vrai gain de temps pour les petites structures », affirme Corinne Bouysse, directrice de l'Association pour adultes et jeunes handicapés de Haute-Vienne (Apajh 87), qui a participé au groupe. « Nous avons organisé, le 15 novembre dernier, une journée de retours d'expériences avec certains de nos membres qui avaient déjà réalisé leur évaluation », ajoute Teddy Gourinel, directeur de l'établissement et service d'aide par le travail (Esat) L'Envol, géré par l'association Prévention réinsertion information en santé mentale (Prism).

Le GCS est donc une vraie ressource pour ses adhérents, qui y trouvent aussi du conseil. Par exemple, sur le thème de la gestion des médicaments dans les ESMS, le groupe de travail organise des audits gratuits : « Les professionnels expertisent mutuellement leurs pratiques pour observer le circuit du médicament, de la préparation à la distribution », explique Soizic Laborie. « L'intérêt est de bénéficier d'un regard critique, mais bienveillant de la part de pairs

afin de nous aider à améliorer nos procédures. De plus, nos propres salariés peuvent se rendre chez les adhérents voir d'autres manières de faire », confirme Daniel Deveau, directeur de l'association de Faugeras qui a reçu la visite de quatre professionnels dans ses établissements d'accueil pour adultes handicapés. Nous préférons cet échange à l'intervention d'un consultant extérieur. »

De nouveaux projets

D'autres solutions innovantes ont été imaginées, pour lesquelles le GCS a sollicité un financement à l'ARS, comme le développement de la téléconsultation : « Grâce à un système de visioconférence, une équipe située à 150 km pourrait ainsi demander un premier avis à un psychiatre qui connaît déjà le patient », explique Antoine Pachéco. Également dans les projets ? La création de deux équipes mobiles spécialisées, « l'une sur le polyhandicap, l'autre sur l'enfant et l'adolescent », explique Ludovic Dubois. Elles viendraient ponctuellement dans les établissements de la région, relayer ou apporter un appui technique au personnel qui en aurait besoin. »

Au final, « le GCS a non seulement créé du lien entre ses membres, mais il a aussi alimenté un réseau de partenaires au niveau régional. Les rencontres ont fait émerger de nouveaux besoins, de nouvelles solutions communes. À terme, je souhaiterais que le groupement puisse répondre aux appels à projets de l'ARS », conclut l'administrateur.

Marlette Kammerer

CONTACT

- Tél. : 05 55 43 10 04
- www.gcasantementalehandicap-limousin.fr

EN CHIFFRES

- 42 adhérents, soit 9 établissements sanitaires (7 publics, 2 privés), 29 associations gestionnaires et établissements publics sociaux et médico-sociaux, 3 associations d'usagers et 1 MDPH.
- Au total, 169 établissements

- et services représentant 5815 usagers
- Montant de l'adhésion initiale : 35 euros
- Capital social : 2000 euros, répartis à égalité entre les structures publiques et privées
- Équipe : 0,5 ETP financé par l'ARS du Limousin depuis 2012

Annexe 2

Extraits du CPOM du CHD La Candélie

N° FINESS : 470000381

Etablissement : CHD La Candélie

Champ Psychiatrie

Annexe 1

• Axes stratégiques issus du PRS

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Etat d'avancement (0 à 4)					Actions à mettre en œuvre par la structure
		Calendrier					
		2012	2013	2014	2015	2016	
développer les programmes d'éducation thérapeutique dans le domaine de la psychiatrie : favoriser l'accès des patients aux programmes existants, mettre en place des unités transversales d'éducation thérapeutique	- existence de programme d'ETP (OUI/NON), d'une UTEP par territoire (OUI/NON) - nombre de formation concernant les troubles bipolaires - nombre de formation concernant les schizophrènes			3			Mettre en place des ateliers et des groupes de paroles permettant au patient de mieux connaître sa maladie, d'en accepter les effets indésirables et de mieux gérer son autonomie. Notamment pour les troubles bipolaires et les schizophrènes. Continuer la formation des professionnels
adapter les réponses apportées aux populations les plus éloignées des soins	- nombre de prise en charge de ce type, équipe mobile précanté mise en place						Favoriser l'accès aux soins somatiques (bilans de santé globaux) Développer l'équipe mobile précanté
Mettre en place des objectifs dans le domaine des inadéquations de l'offre de soins et d'hospitalisation. Evaluer, réduire et réorienter les inadéquations	- Résultat de la Coupe Transversale - Mesures prises pour les malades qui sont en inadéquation - Nombre de réorientations	4	3				Réaliser une coupe transversale auprès des patients hospitalisés afin de vérifier leur adéquation, réorienter, le cas échéant, ceux qui sont inadéquats en fonction de leur profil vers des structures mieux adaptées. (FAM, Esat, Elipad....) Mener une réflexion sur la création d'une unité type foyer d'hébergement sanitaire par reconversion d'une unité de soins pour mieux répondre à la prise en charge de ces patients psychiatriques chroniques stabilisés.
développer les alternatives à l'hospitalisation permettant d'accompagner la démarche de réinsertion et de vie dans la communauté, en portant un accent particulier à la prise en charge adaptée et la réinsertion des malades porteurs d'un état dépressif	- nombre de place nouvelles - d'hospitalisation de jour et de CATTP - nombre de personnes accueillies (foyer asso, foyer d'accueil, GEM) - nombre de familles d'accueil thérapeutique recrutées - nombre d'autres solutions			3			Créer des places d'hospital de jour et CATTP sur site afin d'accompagner des patients encore fragiles, dans leur processus d'intégration dans la cité. Faire revivre l'Accueil Familial Thérapeutique pour l'accueil séquentiel des enfants

Date : 6 Février 2013

22 FEV. 2013

23

date : 6 Février 2013

22 FEV. 2013

ML 23

N° FINESS : 470000381

Etablissement : CHD La Candelle

Actions de coopération

Annexe 2

Les actions de coopération

Objectifs opérationnels	Indicateurs de suivi	Etat d'avancement (0 à 1)						Actions à mettre en œuvre
		2012	2013	2014	2015	2016		
1- Améliorer le parcours de santé des personnes en situation de fragilité ou risques spécifiques								
développer des actions de coopérations entre le secteur sanitaire et les secteurs sociaux et médico-sociaux, améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité	file active de patients pris en charge	4	4					- Equipe Mobile Psy Précarité mise en place - En lien avec la création des équipes mobiles, conventions en cours pour l'hébergement avec le CH d'Agén, la Paludenne, CHRS, Reliance - Coopération de l'ELISA avec CHIC Marnandé notamment - Convention ENAP/SPIP
2- Améliorer le parcours des personnes âgées								
organiser la prise en charge psychiatrique des personnes âgées en lien avec les partenaires externes afin de diminuer les hospitalisations évitables, mieux organiser les sorties, mettre en place des actions permettant une meilleure coordination avec les médecins traitants des personnes âgées, les HAD, les autres acteurs concourant à la prise en charge ambulatoire des personnes âgées (CLIC...) et les familles	- nombre de consultations - nombre de conventions - nombre d'intervention de l'Equipe Mobile	3	4					- Organiser des consultations des P. A. aide, soutien aux équipes dans les EHPAD, - Négocier des conventions avec les EHPAD, - Intervention de l'équipe mobile de psychiatrie gériatrie dans les EHPAD et en lien avec les services de gériatrie des CH du département
3- Améliorer les coopérations intra-hospitalières								
développer des actions de coopération entre structures sanitaires, afin de permettre d'optimiser certaines organisations et une complémentarité dans l'offre de soins sur un territoire et sa pérensation dans le temps	- date d'ouverture - nombre de conventions - bilan de l'activité	4	4					- Au delà des nombreuses coopérations existantes : - Projet de création d'une unité psychiatrique de crise au CH Agén, - Convention avec le CH Agén pour partager des moyens logistiques (Achats, Robot pharmade, internat...) - Optimisation de l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques de Villeneuve et de Marnandé - Partage d'un temps médical en hygiène hospitalière.
5- Améliorer l'articulation entre l'établissement et l'offre de premier recours								
Préparer, accompagner et améliorer le retour à domicile	- nombre de sorties - nombre d'appels au médecin traitant avant la sortie - nombre de DMP ouverts	3						- Systématiser une démarche auprès des patients pour qu'ils désignent leur médecin traitant. - Mettre en place un projet de sortie en lien avec la famille, les aidants et le médecin traitant, - Accompagner cette sortie par des suivis réguliers du patient, de la famille, les aidants et le médecin traitant.

Date : 6 Février 2013

23 FEB 2013

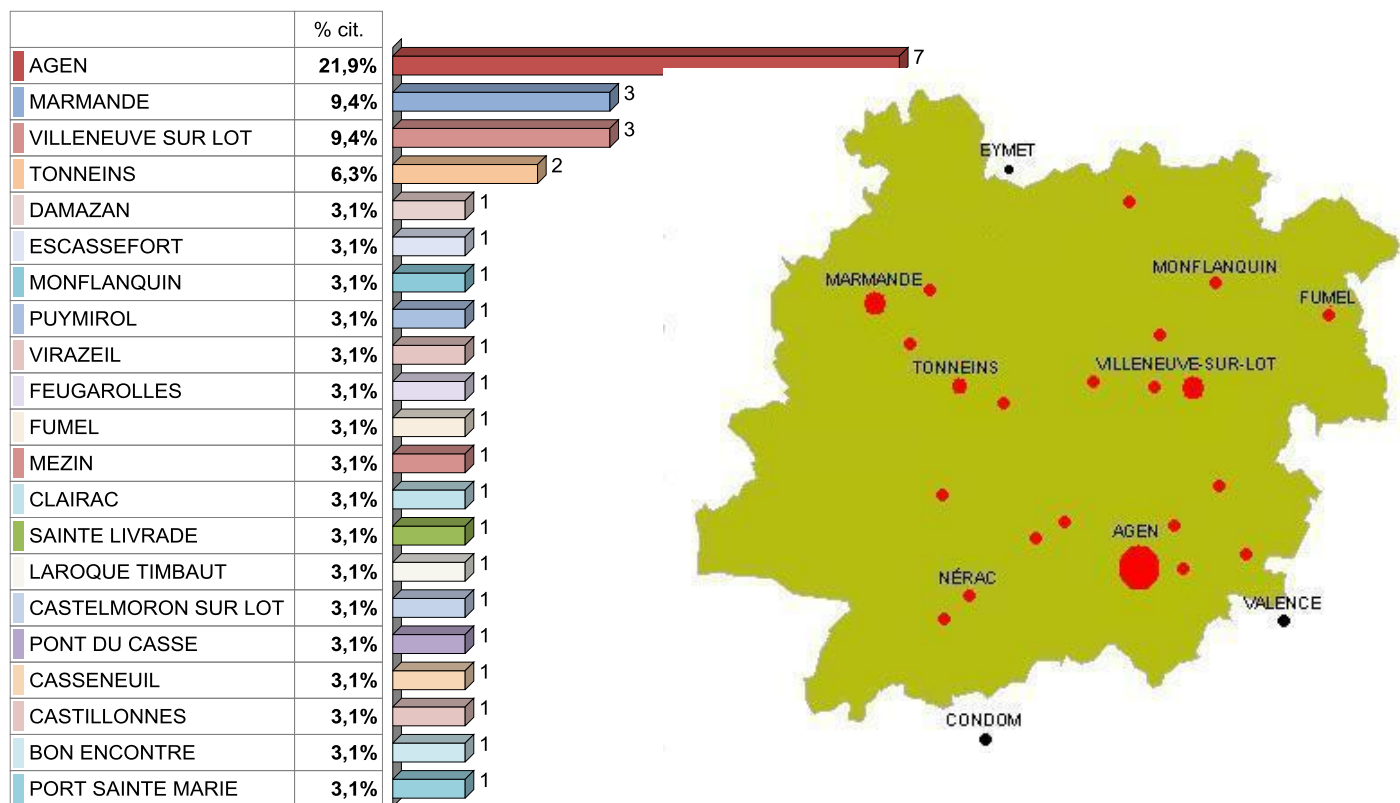
26

me

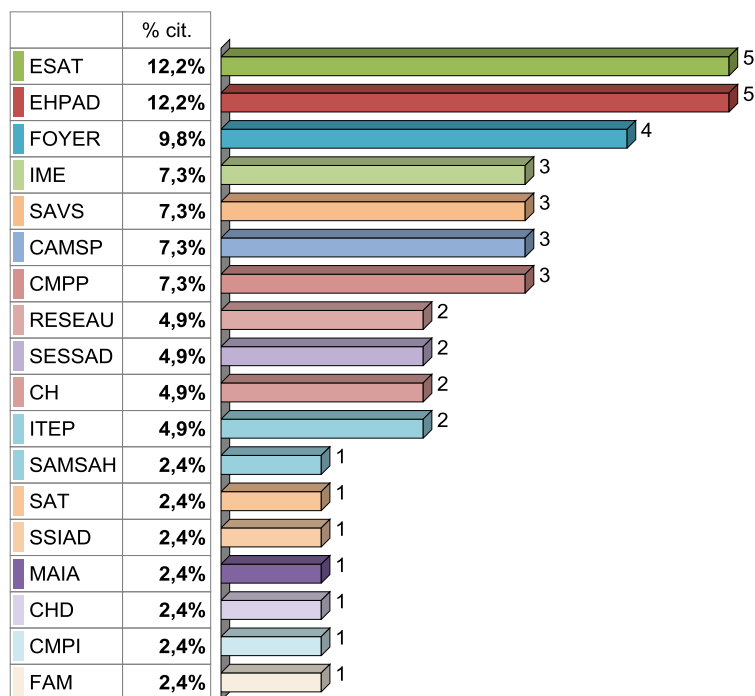
Annexe 3

Profil des répondants au questionnaire

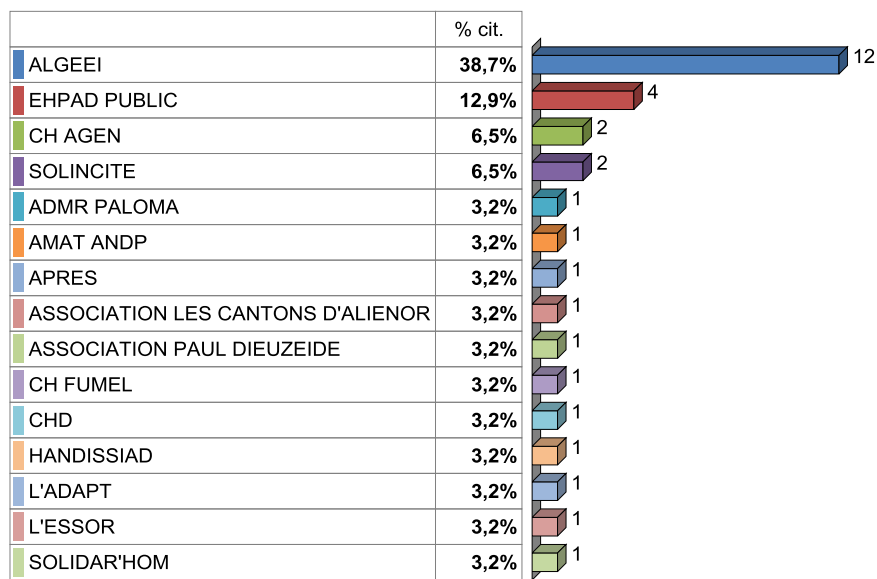
Une couverture importante du territoire lot et garonnais



Une grande diversité de structures sanitaires et médicosociales



Aperçu des différents gestionnaires de structures



Annexe 4

Exemple de questionnaire d'information et d'analyse des besoins



Constitution d'un Groupement de coopération sanitaire en santé mentale en Lot et Garonne

Questionnaire

Prière de retourner ce questionnaire par retour de courriel à mickael.antoine@ch-agen.fr avant le **22 avril 2014**.

La restitution des résultats de ce questionnaire aura lieu à la DT ARS le **14 mai 2014** à 14h.

Informations

Délégation territoriale de l'ARS en Lot et Garonne

108 Boulevard Carnot, CS 30006, 47031, AGEN CEDEX

ars-dt47-parcours-de-sante@ars.sante.fr

Centre hospitalier départemental de La Candélie

Avenue de La Candélie, 47480, PONT-DU-CASSE

Secretariat.direction@ch-candelie.fr

Mickaël ANTOINE

Elève directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en stage professionnel au CH d'Agen. Réalisation d'un mémoire professionnel sur la constitution d'un GCS Santé mentale en Lot et Garonne.

Mickael.antoine@ch-agen.fr

Carte d'identité

Structure juridique (établissement, service, etc.) :

Centre hospitalier départemental La Candélie

Gestionnaire :

Adresse :

47916 AGEN cedex 9

Contact : Bruno CHAUVIN

Téléphone : 05 53 77 68 60

1. Présentation de vos activités

- Pouvez-vous préciser votre action dans le domaine de la santé mentale ?

Présentez les prises en charge spécifiques que vous déployez sur le terrain, les dispositifs principaux qui caractérisent votre action en santé mentale.

Prises en charge institutionnelles (hospitalisation complète, partielle et prises en charge ambulatoires) et activités de secteur pour enfants, adolescents et adultes sur le territoire du Lot et Garonne – handicap psychique dans le cadre d'une MAS, développement d'un travail de réseau par le biais d'équipes mobiles (EMPP, EMGP, ELSA....).

2. Des coopérations existantes en santé mentale

- Dans combien de partenariats et de coopérations êtes-vous engagés dans le domaine de la santé mentale ?

Donnez une réponse chiffrée.

53.

- Pouvez-vous lister les coopérations déjà engagées dans le domaine de la santé mentale ? (Une liste pourra être fournie séparément en annexe)

LIBELLE et PARTENAIRE	Modalités
Fédération médicale interhospitalière avec le CH d'Agen	Réalisé, dates : 2013 Prévu : Domaine : urgences psychiatriques
convention avec les CH de Villeneuve sur Lot et de Marmande, ainsi que la clinique Saint-Hilaire	Réalisé, dates : 1992, 2012, Prévu : Domaine : urgences psychiatriques
protocole annexe UCSA avec Maison d'Arrêt d'Agen	Réalisé, dates : 2011, 2012

et centrale d'Eysses	Prévu : Domaine : consultations en milieu pénitentiaire
conventions avec CH et EHPAD de l'Agenais et du Villeneuvois	Réalisé, dates : 2013 Prévu : Domaine : équipe mobile de géro-nto-psychiatrie
conventions avec CH et associations de l'Agenais et du Villeneuvois	Réalisé, dates : 2013 Prévu : Domaine : équipe mobile psychiatrie-précarité
convention de partenariat avec le SPIP et le juge d'application des peines	Réalisé, dates : 2014 Prévu : Domaine : soins psychiatriques aux personnes sous-main de justice
ETC....	

- Sélectionnez le type de structures avec lesquelles vous coopérez.

Toutes : EHPAD, CH, cliniques, associations, établissements sociaux, médico-sociaux, éducatifs, médico-éducatifs..etc.....

Autre type de structure, précisez.

SPIP, UCSA, ESAT, ateliers protégés, institutions (Collectivités publiques...)

- Une révision de ces conventions (échéance proche ou renégociation volontaire) est-elle prévue dans les six mois à venir ?

☒ Oui ☐ Non

- Si oui, précisez les conventions à réévaluer prochainement. Pourquoi ?

Les conventions EMPP et EMGP – dispositif récent à réévaluer à courte échéance

- Quels indicateurs ou critères utilisez-vous pour évaluer ces conventions ?

Activité, File active, flux patients, satisfaction des utilisateurs

- Certaines de ces conventions peuvent-elles évoluer et éventuellement s'intégrer dans le futur GCS ?

☒ Oui ☐ Non

- Si oui, précisez lesquelles. Pourquoi ?

Celles qui concernent les thèmes décrits dans le projet de Groupement de Coopération Sanitaire-Santé Mentale

- Envisagez-vous de nouveaux partenariats ou actions de coopération en santé mentale à l'avenir ?

☒ Oui ☐ Non

- Précisez la teneur de ces futures actions en santé mentale.

✚ Partenariat sur des thèmes cibles que sont :

- La gestion de l'adolescence en crise
- la gestion des patients déficients psychiques
- La politique territoriale de lutte contre la précarité.

✚ Echange des compétences et des pratiques professionnelles entre les différents acteurs du Groupement de Coopération Sanitaire,

✚ Partage de temps médicaux dans le cadre conventionnel comprenant les conventions médicales d'Activité d'Intérêt Général,

✚ Gestion des temps non médicaux en commun, lorsque c'est possible

✚ Partage des compétences sur le volet Qualité - Gestion des Risques

- Ces nouvelles actions peuvent-elles être envisagées dans le cadre de ce GCS ?

☒ Oui ☐ Non

- Si oui, précisez les coopérations à envisager dans le cadre du GCS. Pourquoi ?
 - Les conventions entrant dans les thèmes cités ci-dessus.
 - Sinon, le Groupement de Coopération Sanitaire n'est pas la seule porte d'entrée pour réaliser un partenariat en Santé Mentale : au-delà de la simple convention avec des établissements qui n'entrent pas dans le champ d'un GCS (établissements privés sanitaires, éducatifs ou médico-éducatifs ...), on peut citer les réseaux, les groupements d'achat, les conventions entre établissements d'autres territoires, les conventions avec les établissements d'autres territoires (lieux d'hébergement ou de vacance par exemple...), les clubs sportifs...

3. De l'opportunité d'un GCS Santé mentale

- Sous réserve des modalités pratiques restant à définir, une coopération plus intégrée dans le domaine de la santé mentale vous paraît-elle souhaitable pour améliorer la prise en charge des usagers ?

Oui, la coopération dans le domaine de la santé mentale est hautement souhaitable.

- Quels sont les possibles bénéfices pour les usagers de vos établissements en termes de parcours de soins et de prise en charge?

Un bénéfice clair en terme de fluidité des parcours : amont et aval de la prise en charge, bénéfice en terme de lisibilité des parcours, et de fléchage des acteurs.

- Précisez, par ordre d'importance, les domaines dans lesquels la valeur ajoutée en termes de prise en charge pourrait être la plus pertinente.
 1. Fluidité des parcours adolescents et adultes déficients
 2. Fluidité des parcours et visibilité des dispositifs pour les personnes âgées
 3. Partage de ressources humaines
 4. Partage de ressources et d'expérience en termes de qualité et de gestion des risques.

Si autre, précisez.

.

- Plus généralement, quelles sont vos attentes pour la constitution d'un GCS Santé mentale ?

Classez les réponses par ordre d'importance.

1. Assurer une meilleure visibilité du dispositif territorial en Santé Mentale
2. Eviter les doublons dans les prises en charge.
3. S'appuyer sur les bons partenaires du réseau.
4. Mieux gérer et mieux dépenser.

Si autre, précisez.

.

- Quelles sont les compétences et les dispositifs que vous seriez prêt à mettre en commun dans le cadre de ce groupement.

Classez les réponses par ordre d'importance.

1. Le savoir-faire des professionnels de la santé mentale par le biais des équipes mobiles et dispositifs ambulatoires
2. Locaux de soins et d'accueil sur l'ensemble du département, moyens matériels
3. Temps médical et paramédical – AIG et temps partagés
4. Accueil de personnels d'autres structures sur les formations prévues pour les agents du CHD)

Si autre, précisez.

.

4. Remarques diverses

Ce que je ne voudrais pas c'est produire un dispositif complexe et chronophage, et devoir mettre à disposition sans contrepartie tangible les moyens de l'établissement.

- Seriez-vous disposé à réaliser un entretien plus détaillé à ce sujet ?

☒ Oui ☐ Non

Annexe 5

Liste des entretiens réalisés

CHD La Candélie (Agen) :

- M. CHAUVIN, Directeur du CHD [11/03/2014]
- Dr BLANDIN, Président de la CME [21/03/2014]

CH Saint Esprit (Agen) :

- M. CAZENAVE, Directeur adjoint [17/06/2014]
- Dr TANDONNET et Dr GABBANI, Psychiatres FMIH et CHD [17/04/2014]
- Mme NOTTE et Mme VEGLIA, cadres de santé FMIH et SIRA [17/04/2014]

Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine (DT ARS Agen) :

- Mme BLANZACO et Mme VERGA, Directrice et directrice adjointe [22/01/2014]
- Mme ALMARCHA, Chargée du territoire de santé du Lot et Garonne [28/01/2014]

Etablissement médico-sociaux privés :

- Mme DEWERT, Directrice de l'ALGEEI 47 [19/06/2014]
- Mme MAGNAN, Directrice de l'association Solincité [16/06/2014]
- M. PERROU, Directeur de l'Essor 47 [16/06/2014]
- M. PASQUIS, Directeur de l'ESAT Cart'services, association Solidar'Hom [02/06/2014]
- M. PARENT, Directeur du GAP 47 [11/06/2014]

Familles et usagers

- M. ZANETTIN, Directeur de l'UNAFAM 47 [18/06/2014]

Annexe 6

Exemple de guide d'entretien



Guide d'entretien

Mme Dewert – ALGEEI

Questionnaire reçu.

Date et heure : Jeudi 19 juin 2014

Lieu : Siège de l'ALGEEI 47

Agropole-DELTAGRO 3

BP361 47931 AGEN CEDEX 9

Tél 05 53 77 15 80

Fax 05 53 77 15 99

contact@algeei.org

Rappel du cadre de l'entretien

- Formation DESSMS 2013-2014
- Collecte des données (mémoire professionnel de l'EHESP)
- Analyse des enjeux liés à la constitution d'un GCS Santé mentale en Lot et Garonne
- Enregistrement de l'entretien

Présentation de l'enquête

- Fonction et ancienneté
- Parcours et formation
- Expérience antérieure

Positionnement de la structure

- L'état de la prise en charge dans les structures de l'ALGEEI : pathologies, caractéristiques de la population accueillie

- La prise en charge en santé mentale : difficultés, handicap psychique.

Le projet de GCS Santé mentale

- Quelle est votre sentiment à propos de ce projet ?
- Le périmètre choisi (personnes âgées et handicapées, enfants/adolescents) vous paraît-il pertinent ?
- Qu'attendez-vous de ce GCS ? en termes de moyens, coordination et cohérence des parcours, amélioration de la prise en charge des usagers, formation ?
- De fait, quels devraient être les axes de développement prioritaires de ce GCS ?
- Quelle mobilisation des équipes ? professionnels, référent GCS ?
- Quel rôle pour l'ALGEEI ?

La coopération en Lot et Garonne

- Les groupements et l'ALGEEI (GCS, Fédérations, etc.)
- Bilan des conventions signées, notamment avec le CHD.
- Les conventions existantes fonctionnent-elles bien ? sont-elles récentes ?
- Les relations avec les établissements privés et publics sont-elles efficaces ?
- Comment intégrer ces coopérations dans le nouveau GCS ?

Annexe 7

Informations sur le projet d'établissement 2015-2020 du CHD La Candélie.

Document stratégique et opérationnel, il établit les grandes orientations du CHD pour les cinq années à venir en cohérence avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et les projets d'organisation coordonnée sur le territoire.

Il comprend un projet de soins en santé mentale et addictologie médicale et de réadaptation, un projet social, un projet patrimonial, un schéma directeur des systèmes d'information, un projet qualité – Gestion des Risques, un projet managérial et de communication. Enfin, il comprend aussi un projet médico-administratif comprenant des objectifs dans les domaines suivants :

- L'organisation interne des secteurs de psychiatrie adulte
- L'adéquation du besoin avec les capacités d'hospitalisation
- La prise en charge spécifique des hospitalisations sous contrainte
- La prise en charge de la personne âgée
- Le développement du soin ambulatoire : accompagnement de l'augmentation d'activité
- La prise en charge de certaines populations spécifiques : autistes, psychotiques vieillissants, détenus et patients difficiles, handicapés de différents niveaux d'autonomie...
- L'organisation médico-administrative de l'établissement
- La diversification des modes de prise en charge : hôpital de semaine, hôpital de jour intrahospitalier, accueil familial thérapeutique...

Annexe 8

Extraits de la fiche outil de l'Institut régional de la ville (IREV) en Nord-Pas de Calais sur les Conseils locaux de santé mentale

« Un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. Il requiert donc une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale. En effet, les CLSM ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. Le cadre de concertation s'établit à l'échelle du secteur psychiatrique, de la commune ou de l'arrondissement, mais doit correspondre à un territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux (infra communal, communal ou intercommunal).

Ces Conseils Locaux de Santé Mentale sont divers puisque différents acteurs selon les territoires et les volontés locales, peuvent y être présents :

- Services de l'Etat (ARS, DDCS, Préfecture, Education Nationale) ;*
- Professionnels et associations de santé (médecins généralistes, psychiatrie privée, hôpitaux du territoire, infirmiers libéraux et scolaires, réseaux de santé, etc.) ;*
- Services municipaux (CCAS, ASV, maisons de quartier, etc.) ;*
- Acteurs sociaux et médico sociaux (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, EST, EHPAD, CAARUD, ANPAA, Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogique, associations, bailleurs sociaux, maison des adolescents, CHRS, Foyers de Jeunes Travailleurs, etc.) ;*
- Acteurs culturels et de loisirs (associations, clubs sportifs, médiathèques, etc.) ;*
- Forces de l'ordre (polices municipale et nationale), justice, sapeurs-pompiers...*

Les CLSM ont une fonction de coordination qui permet en partie de décroiser les différents services et institutions et de conforter l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique.

Fonctionnement

Le fonctionnement est optimisé lorsque le Conseil dispose d'un poste de coordinateur ou d'animateur, mais là aussi les situations sont diverses et inégales, car le coordinateur peut être :

- Le coordinateur ASV qui intègre dans ses missions la coordination du CLSM ;
- Un psychiatre qui prend sur son temps de travail ;
- Un poste à part entière financé par la municipalité concernée ;
- Un poste cofinancé par la commune et l'EPSM local ;
- Un poste cofinancé par la commune et l'ARS si le CLSM est intégré dans le Contrat Local de Santé (CLS), etc.

Par ailleurs, il est généralement composé d'instances telles qu'un comité de pilotage, un comité technique, une assemblée plénière et des groupes de travail par projet ou par axe de travail.

Missions / Axes de travail principaux

Observation: réalisation de diagnostics préalables afin de déterminer les besoins, connaître les ressources locales et définir les publics et les thématiques prioritaires du projet du CLSM ;

L'amélioration de l'accès à la prévention et aux soins : Repérer précocement les troubles et faciliter l'accès aux soins pour une prise en charge précoce et adaptée, en dehors de l'urgence. Prévenir l'aggravation des troubles et leurs conséquences sur l'état de santé de la personne et sur son insertion sociale. Partager les situations détectées avec les partenaires présents. Organiser des permanences de Centres Médico Psychologiques chez des généralistes, dans des CCAS ou encore à la maternité. Contribuer à réduire les inégalités socio-territoriales de santé mentale ;

L'inclusion sociale et la lutte contre l'exclusion : Faciliter l'accès et le maintien dans le logement ainsi que l'insertion professionnelle et la formation. Rompre l'isolement des personnes. Favoriser les activités culturelles et de loisirs pour les usagers et plus largement l'égale place dans la cité ;

La lutte contre la stigmatisation : Des actions de prévention et d'information sur les troubles sont mises en œuvre notamment lors de la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM) ;

L'éducation en santé mentale : Apporter à la population générale et aux personnes pouvant être confrontées à des individus en souffrance psychique des connaissances minimales de signes et symptômes. Présenter à la population générale et aux professionnels médico-sociaux et éducatifs les institutions et les structures de soins ;

L'aide à la résolution des situations psychosociales complexes : Le CLSM peut mettre en place une cellule de coordination autour de situations individuelles complexes. La cellule a pour but d'organiser une analyse partagée entre professionnels permettant la résolution des situations individuelles difficiles et l'intervention coordonnée le plus en amont possible. »

ANTOINE	Mickaël	Décembre 2014
Directeur d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux Promotion 2013 -2014		
Construire un groupement de coopération en santé mentale : l'exemple du territoire de santé du Lot-et-Garonne		
Résumé : Nombreux sont les rapports qui évoquent le besoin de coopération et de décroisement dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. En lien avec les orientations nationales, notamment du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, l'ARS a impulsé en 2013 la création de Groupements de coopération sanitaire (GCS) en santé mentale dans tous les départements de la région Aquitaine. Le GCS est un outil au service d'une politique de santé mentale territorialisée. A ce titre, il doit être construit en lien avec l'ensemble des acteurs de la santé mentale, publics et privés, sanitaires, sociaux et médico-sociaux. L'exemple du Lot-et-Garonne démontre la nécessité de prendre en compte l'histoire du département et les spécificités de l'organisation de la psychiatrie au niveau local. La grande diversité des structures impose un véritable consensus sur les objectifs du GCS et la recherche d'actions concrètes afin d'optimiser les parcours de soins et d'améliorer la prise des charges des usagers. Pratiquement, la construction d'un GCS nécessite une sécurisation des questions juridiques et économiques afin d'accroître l'attractivité de l'outil. Si le pilotage du GCS doit de préférence être le fait des établissements psychiatriques, l'équilibre des pouvoirs entre les acteurs et une gouvernance souple associant les représentants des familles et des usagers sont des éléments essentiels afin de garantir l'efficacité du groupement.		
Mots clés : GCS, COOPERATION, COORDINATION, SANTE MENTALE, PSYCHIATRIE, TERRITOIRE, PARTENARIAT.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		