



EHESP

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2013-2015**

Date du Jury : **mars 2015**

**Améliorer l'accompagnement dans le
parcours de soins des personnes en
situation de handicap psychique dans
le sud Saône-et-Loire**

Guilhem GALODÉ

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Mme. Geneviève FRIBOURG, déléguée territoriale à de la DT ARS de Saône-et-Loire pour l'accueil au sein de sa structure.

Je souhaite exprimer ma gratitude envers M. Nicolas ROTIVAL, chef du pôle offre de santé et maître de stage attentif, patient et investi.

Par ailleurs, je désire remercier toute l'équipe de la DT ARS de Saône-et-Loire, tout particulièrement le pôle offre de santé, pour l'ambiance apportée, leurs conseils avisés et leur pédagogie bienveillante.

En outre, je tiens à remercier mes relecteurs pour la patience et l'abnégation dont ils ont fait preuve.

Enfin, je tiens à remercier toute la promotion IASS 2013-2015 pour ces 18 mois et tout particulièrement l'équipe du COPIL.

Sommaire

Introduction	1
1 LE CONCEPT DE HANDICAP PSYCHIQUE ET SA DECLINAISON SUR LE TERRITOIRE SUD SAONE-ET-LOIRE.....	7
1.1 THEORISATION DU HANDICAP PSYCHIQUE ET DE SON ACCOMPAGNEMENT.....	7
1.1.1 L'évolution conceptuelle et législative handicap psychique	7
1.1.2 La psychiatrie en France.....	9
1.1.3 Le cadre de l'accompagnement du handicap psychique	11
1.2 DIAGNOSTIC TERRITORIAL : UN DEFICIT CROISSANT DE L'OFFRE PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE.....	15
1.2.1 Présentation générale du territoire Sud Saône et Loire : une zone hétérogène.....	16
1.2.2 Une offre médicosociale satisfaisante	16
1.2.3 Une offre somatique décroissante, en particulier dans le centre du territoire	17
1.2.4 Une offre psychiatrique déficitaire aussi bien sur l'intra que sur l'extrahospitalier	18
1.3 UNE METHODOLOGIE A LA FOIS QUANTITATIVE ET QUALITATIVE.....	22
1.3.1 Chiffrage de la cohorte concernée : un outil quantitatif.....	22
1.3.2 Sondage semi-ouvert révélateur de l'opinion des professionnels de terrain	23
1.3.3 Les entretiens : un outil qualitatif	24
2 ANALYSE DES POINTS DE RUPTURE IDENTIFIES DANS LES PARCOURS HANDICAP PSYCHIQUE EN SUD SAONE ET LOIRE	26
2.1 Présentation de deux parcours de soin semés d'embuches.....	27
2.1.1 Du domicile aux urgences psychiatriques.....	27
2.1.2 De l'établissement médicosocial aux urgences psychiatriques.....	28
2.2 Les principales ruptures du parcours adulte	30
2.2.1 Le milieu ordinaire, une condition d'émancipation sociale facteur des risques pour les personnes adultes en situation de handicap psychique	30

2.2.2	Le maillage institutionnel n'interdit pas les ruptures dans le parcours de soins	33
2.3	Focus sur deux publics spécifiques ; les mineurs et les personnes vieillissantes en situation de handicap psychique.....	38
2.3.1	Un parcours infanto juvénile marqué par un faible taux d'équipement doublé d'un manque de personnels dédiés	38
2.3.2	Les personnes handicapées vieillissantes, une population parcellisée	40
3	DES PRECONISATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LE SUD SAONE-ET-LOIRE	43
3.1	Mettre en place des formations sur le handicap psychique afin d'améliorer la connaissance du handicap psychique des acteurs territoriaux	44
3.1.1	Les formations pour les professionnels de santé	44
3.1.2	Les formations spécifiques pour les professionnels médicosociaux.....	45
3.1.3	Les formations pour les aidants	46
3.2	Décloisonner le dialogue des acteurs gravitant autour du handicap psychique ..	46
3.2.1	Recruter des référents handicap psychique	46
3.2.2	Unifier le système d'information autour du handicap psychique afin d'éviter les déperditions de renseignements.....	47
3.2.3	Mettre en place une astreinte téléphonique	48
3.3	Améliorer l'organisation territoriale de l'offre de soins par la désembolisation de la filière hospitalière.....	48
3.3.1	Développer des coopérations somatiques autour du handicap psychique ..	49
3.3.2	La réorganisation géographique de l'offre de soin psychiatrique.....	50
3.4	Améliorer l'offre psychiatrique hospitalière afin d'éviter de futures ré hospitalisations.....	54
3.4.1	Créer un protocole de prise en charge spécifique aux urgences psychiatriques de Mâcon	54
3.4.2	Créer des lits et des places en pédopsychiatrie au centre hospitalier de Mâcon	54
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	I
	Liste des annexes.....	III

Liste des sigles utilisés

AIG : activité d'intérêt général

AJ : accueil de jour

AM : assurance maladie

ANAP : agence nationale d'appui à la performance

ARS: agence régionale de santé

AS: assistante sociale

ASE : aide sociale à l'enfance

AVC : accident vasculaire cérébral

CAMPS : centre d'action médicosocial précoce

CASF: code de l'action sociale et des familles

CATTP: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CDAPH: commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CG: conseil général

CH: centre hospitalier

CHG: centre hospitalier général

CHS: centre hospitalier spécialisé

CIF: classification international du fonctionnement

CLSM : conseil local en santé mentale

CME: centre médico éducatif

CMP: centre médico psychologique

CMPP: centre médico psycho pédagogique

CMP/P : désigne les centres médico psychologiques et les centres médico psycho pédagogiques

CNIL : commission nationale informatique et liberté

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CPA : centre psychologique de l'Ain

DAF : dotation annuelle de fonctionnement

DDCSPP : direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

DGARS : directeur général de l'agence régionale de santé

DT ARS : délégation territoriale de l'agence régionale de santé

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMP: équipe mobile psychiatrique

EMPP: équipe mobile géronto psychiatrique

ESAT : établissement et service d'aide par le travail
ESMS: établissements et services médicosociaux
ETP : équivalent temps plein
FAM: foyer d'accueil médicalisé
FDV: foyer de vie/ foyer occupationnel
FIR: fond d'intervention régionale
GCSMS: groupement de coopération social et médicosocial
GEM: groupe d'entraide mutuelle
GEPSO: groupe national des établissements publics sociaux et médicosociaux
HAS: haute autorité de santé
HJ: hôpital de jour
HSC: hospitalisation sous contrainte
IASS: inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IDE: infirmier diplômé d'Etat
IDEpsy : anciens infirmiers de secteur psychiatrique
IME: institut médico éducatif
ITEP : institut thérapeutique
MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des maladies d'Alzheimer
MAS: maison d'accueil spécialisée
MDPH: maison départementale des personnes handicapées
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSP : maison de santé pluridisciplinaire
PEC : prise en charge
PH : personne handicapée
PHT: personne handicapée travailleuse
PHV: personne handicapée vieillissante
SAMSAH : service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SROMS: schéma régional d'organisation médicosocial
SROS: schéma régional d'organisation sanitaire
TOC : trouble obsessionnel compulsif
UP: unité psychiatrique
UPL : unité psychiatrique libre
UPC : unité psychiatrique sous contrainte
UPRS : unité psychiatrique de réinsertion sociale
UPPC 72h : unité psychiatrique sous contrainte limitée à 72 heures

Introduction

« Le handicap psychique est dans le même temps un nouvel objet dans le champ sanitaire et social et un objet non-identifié »¹ Pierre VIDAL-NAQUET

Entre 300 000 et 500 000 personnes seraient atteintes de handicap psychique en France, faisant ainsi de ce handicap, un enjeu crucial pour le décideur national, ainsi que pour ses relais territoriaux, les Agences Régionales de Santé (ARS).

Le handicap psychique souffre dans la société française d'une méconnaissance de la part du grand public, en effet, il surprend dans ses manifestations et interroge quant à ses origines. Longtemps enfermé derrière les hauts murs des asiles, ce handicap tranche avec une idée répandue au sein de la population ; celle d'un handicap dont la nature serait la déficience intellectuelle. En effet, la notion d'un handicap évolutif affectant l'utilisation de l'intellect et non pas l'intellect en lui-même fait difficilement sens.

L'émergence de ce concept de handicap psychique est due à un changement de paradigme dans le domaine scientifique qui a vu le courant anglo-saxon des *disability studies* remplacer le modèle biomédical initial. Ainsi, le handicap n'est plus l'altération de la fonction psychique, mais les conséquences de cette altération sur l'environnement social de la personne atteinte. Cette bataille doctrinale débutée dans les années 60, soutenue par des associations de parents, a abouti à la loi du 11 février 2005, loi qui reconnaît le handicap psychique et ouvre des droits aux personnes qui en sont atteintes.

La méconnaissance du public est intimement liée à un certain délaissement par le législateur et les politiques publiques de ceux qui ont été durant des décennies considérés non pas comme handicapés mais comme aliénés. Ainsi, les personnes atteintes par ce handicap ont subi par le passé et subissent encore actuellement des ruptures dans leur parcours de soins. Celles-ci sont majoritairement dues à une offre de soins quantitativement et qualitativement déficitaire se trouvant aggravée par un manque de communication entre le médico-social et le sanitaire. Ces ruptures dans le parcours de soin sont d'autant plus dommageables qu'il s'agit d'un handicap évolutif. Une bonne prise en charge peut le résorber, ou son absence, l'aggraver. Ces ruptures concernent aussi bien les 80% de personnes en situation de handicap psychique, vivant en milieu ordinaire, que les 20% restants, accompagnés en établissements médico-sociaux. Devant la problématique d'un parcours de soins sans rupture pour les personnes en situation de handicap, plusieurs rapports ont vu le jour : le rapport Jacob (2012), le rapport Piveteau (2014), ainsi que la charte Romain Jacob (2014).

¹ Vidal Naquet P., « Les frontières incertaines du handicap psychique », Qu'est-ce que le handicap psychique, novembre 2012, pp.16-27 consulté sur handipole.org, le 26/12/2014

La structure dans laquelle j'ai réalisé mon stage d'exercice professionnel, la délégation territoriale de l'ARS (DTARS) de Saône et Loire est confrontée à la problématique de l'accompagnement du handicap psychique. Celle-ci est liée à un manque de professionnels de santé accompagné d'une inadéquation de l'offre de soin territoriale existante. En effet, la Saône et Loire connaît la situation paradoxale d'être le seul département de Bourgogne à avoir des structures spécialisées sur le handicap psychique mais de ne pas avoir suffisamment d'offre de soins psychiatriques. Cette situation est particulièrement prégnante dans le territoire psychiatrique sud Saône et Loire.

Cette problématique se traduit dans les faits par l'afflux, depuis une décennie de plaintes, de signalements ou de réclamations faisant état de dysfonctionnements. Bien que le nombre de ces cas ne soit pas important, ceux-ci sont chronophages pour les services sanitaires et médicosociaux, pour la DTARS. Ils incarnent une rupture dans l'offre de soins qui porte préjudice à la population dans son ensemble. Les situations invoquées traduisent souvent une détresse, tant pour les usagers et leurs proches, que pour les professionnels sanitaires et médicosociaux : prise en charge dysfonctionnelle aux urgences durant les phases de décompensation, difficulté à trouver un spécialiste libéral tant somatique que psychiatrique acceptant de réaliser des soins sur ce public ou encore faible communication de la psychiatrie hospitalière mâconnaise avec l'extérieur, etc.

Devant le caractère récurrent de cette problématique, un groupe de travail concernant le handicap psychique a été mis en place par l'ARS Bourgogne en 2011, il m'a été demandé de m'inscrire dans cette démarche. Le handicap psychique est, en effet, une mesure forte du Schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) Bourgogne 2012-2016.

« Quant au parcours de vie des personnes handicapées psychiques, ce type de handicap récemment reconnu, a le taux de prévalence le plus élevé et a été jugé insuffisamment pris en compte dans les accompagnements médico-sociaux actuels² »

Fort de ce constat, mon maître de stage, chef du pôle offre de santé, considérait nécessaire d'améliorer la problématique de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans un territoire particulier, le territoire psychiatrique sud Saône-et-Loire.

Ce mémoire traite d'une population cible spécifique ; celle des personnes en situation de handicap psychique accompagnées en établissement ou service médicosocial (ESMS), elles cristallisent nombre de ruptures spécifiques dans leurs parcours de soins.

² ARS Bourgogne, SROMS Bourgogne 2012-2016, p.6

Le handicap psychique pourrait être défini comme « *la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien* ³ ».

Ce handicap se révèle surtout à l'adolescence, il se traduit par une capacité d'agir et de penser altérée, ses manifestations sont instables et imprévisibles, il est évolutif et nécessite un traitement médicamenteux accompagné de soins psychiatriques pour être stabilisé. En d'autres termes, le handicap psychique est à l'opposé du handicap mental qui formait jusqu'alors le public traditionnel du secteur médico-social, d'où la difficulté pour ce dernier de l'accompagner. Les personnes ayant une reconnaissance de handicap psychique, délivrée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) constitueront le public cible de ce mémoire.

La problématique concernera le public ayant une orientation MDPH dans l'un des ESMS défini à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), cohorte plus facile à identifier.

Le sujet traité ici concernera le parcours de soins de la personne handicapée. Il se focalisera davantage sur le parcours sanitaire et médico-social dirigé par l'ARS, que sur le parcours de vie faisant intervenir davantage d'acteurs, sociaux notamment. En 2011, une équipe « parcours de vie et de soins de la personne handicapée psychique » pilotée par l'ARS Bourgogne a été chargée d'étudier le parcours de soin du handicap psychique. Elle a identifié plusieurs faiblesses dans la prise en charge de ce public cible en Bourgogne. La problématique consistera à identifier et à tenter de résorber les déficits dans le parcours de soins. Ces points de rupture se manifestent aussi bien par l'insuffisance du recours aux soins psychiatriques dans les ESMS, la ré-hospitalisation automatisée d'un résident, la situation de crise de décompensation psychique et le passage aux urgences qui le suit, la difficulté pour accéder à un travail en ESAT (établissement et service d'aide par le travail) ou tout simplement l'absence de continuité d'une prise en charge médicale à domicile. Ainsi, ces fractures, bien qu'elles portent majoritairement sur l'accompagnement psychiatrique, concerneront aussi la prise en charge somatique. La multiplicité de ces points de ruptures qui seront étayés dans une première partie traduit une attente de la part de ce public, de leurs aidants, ainsi que des secteurs sociaux ou psychiatriques. De fait, il existe presque autant de parcours de soins qu'il existe d'handicaps psychiques.

Le territoire psychiatrique sud Saône et Loire est un bassin de 184 000 habitants à dominante rurale, dont les deux principaux points d'offre de soins sont difficilement accessibles, car excentrés (Mâcon est situé à l'extrême Sud-Est du département et Paray-le-Monial à l'extrémité ouest). Ce territoire recouvre trois secteurs psychiatriques

³ Muller S., Comprendre le handicap psychique, éléments théoriques et analyses de cas, octobre 2011

adultes, d'environ 60 000 habitants chacun et un seul territoire pédopsychiatrique de 184 000 habitants. En 2006, lors d'un redécoupage des secteurs psychiatriques, le Centre Psychiatrique de l'Ain (CPA) s'est retiré de ce territoire au profit du Centre Hospitalier Généraliste (CHG) de Mâcon. Ce changement de pilote psychiatrique a aggravé une situation déjà difficile, la démographie médicale étant faible et le territoire peu attractif pour les médecins.

Cette problématique locale est liée à un contexte plus global, deux facteurs sont intervenus avec une certaine concomitance. La reconnaissance en 2005 du handicap psychique, fruit d'une réflexion scientifique internationale s'est traduite dans les politiques publiques françaises, transformant l'offre psychiatrique et médicosociale

Le diagnostic posé est le suivant : une offre de soins rare et inadéquate, tant sur le champ psychiatrique que somatique, entraîne des ruptures d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap psychique en ESMS. Comment améliorer la situation dans un cadre financier contraint et sur un territoire restreint ?

Ce mémoire traitera donc des freins et des leviers de l'accompagnement somatique et psychiatrique des personnes en situation de handicap psychique prises en charge par un ESMS dans le territoire psychiatrique sud Saône-et-Loire

Afin de cerner la problématique, plusieurs hypothèses de départ ont été envisagées *a priori*:

- Déficit du nombre de structures médicosociales et de personnels médicaux et médico-sociaux y exerçant, accompagné d'un manque de professionnels de santé en général.
- Difficultés dans l'articulation entre les domaines médico-sociaux et sanitaires, particulièrement avec la psychiatrie. Ce dysfonctionnement peut être consécutif d'un manque de communication amplifié par le fait que ce handicap ne soit reconnu que depuis moins de 10 ans.
- Dysfonctionnement de la psychiatrie hospitalière sur ce territoire.
- Les ruptures dans le parcours de soins touchent davantage les personnes en situation de handicap psychique suivies par un service médicosocial en milieu ordinaire, du fait, notamment de l'absence d'encadrement.
- Un territoire vaste à couvrir, des établissements de santé peu accessibles (notamment en termes de transports) et dont les pôles d'offre de soins sont excentrés.

Au-delà d'une étude du fonds documentaire disponible à la DT ARS, ainsi que la lecture d'articles traitant du handicap psychique, deux outils ont été utilisés, un outil quantitatif et un outil qualitatif. Tout d'abord, un questionnaire a été envoyé aux structures afin de

déterminer la cohorte concernée⁴ d'une part, et afin d'identifier les principaux freins et leviers dans l'accompagnement, au travers d'un questionnaire semi-ouvert, d'autre part. Par ailleurs, une douzaine d'entretiens semi-directifs⁵ ont été menés avec des acteurs représentatifs. Ces entretiens avaient pour objet de dégager une vision du terrain qui doit nécessairement compléter une vision stratégique portée par les ARS.

Des difficultés ont été rencontrées durant cette étude ; absence de système d'information unifié à la DT ARS autour de cette problématique, taux de réponse aux questionnaires, temps disponible pour s'imprégner du contexte local, multiplicité des handicaps psychiques et de leurs parcours, etc.

Cette problématique est située au carrefour des compétences de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS). Etant affecté en direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP), dans le service « protection des populations vulnérables », l'étude d'un parcours de soins s'intégrant dans un parcours de vie plus large fait sens. En effet, au-delà du soin, l'aboutissement positif du parcours de vie du handicap psychique se cristallise dans la notion de « rétablissement ». Or, ce rétablissement induit une réinsertion sociale au sein de la vie dans la cité – insertion qui passe surtout par l'accès et le maintien dans le logement, pilotés en priorité par les services de cohésion sociale. Par ailleurs, l'échelon départemental de la DDCSPP est le même que celui d'une DT ARS, l'approche populationnelle étant similaire.

Enfin, les IASS ont des rôles similaires entre les ARS et la cohésion sociale.

L'inspecteur doit ainsi faire appel à son rôle d'organisateur et de planificateur pour inciter les établissements à développer des outils de contractualisation. De plus, il doit mettre à profit sa mission d'inspection pour s'assurer de leur respect. En outre, sa fonction budgétaire lui permet de mettre en place des moyens de financement en vue de la réalisation de ces actions. L'IASS, par sa fonction d'évaluateur, doit dresser un diagnostic territorial fidèle, afin de mesurer l'offre et la demande de soins sur un territoire. Enfin, son rôle d'interface est mis en valeur, surtout dans un sujet transversal concernant à la fois le sanitaire et le médico-social puisqu'il devra adopter une approche pluridisciplinaire.

Une première théorisation (1) est nécessaire afin de mener cette étude à bien. Au-delà d'une définition des concepts utilisés (1.1), un diagnostic territorial sera posé (1.2), il sera suivi d'une présentation de la méthodologie utilisée (1.3).

Par la suite, une analyse des points de rupture issus du diagnostic territorial sera faite (2). Les principales ruptures du parcours de soins du handicap psychique seront illustrées par deux exemples tirés de témoignages (2.1). Par la suite, seront étudiées les ruptures du

⁴ 333 usagers, au minimum, sont directement concernés par le sujet de ce mémoire

⁵ Annexe 3

public majoritaire, celui des adultes (2.2). Pour finir, un focus sera réalisé sur les publics mineurs et vieillissants (2.3).

Enfin, des préconisations pourront être envisagées afin d'améliorer la problématique de l'accompagnement du handicap psychique (3). Ces leviers d'action porteront sur la formation à prodiguer aux acteurs gravitant autour du handicap psychique (3.1). Ils concerneront également les outils de communication nécessaires au décloisonnement du parcours de soin (3.2). Une amélioration de l'organisation territoriale de l'offre de soins par la désémolisation de la filière psychiatrique extrahospitalière sera proposée (3.3). Pour finir, une rationalisation de l'offre psychiatrique intra-hospitalière sera évoquée afin d'éviter de futures ruptures dans le parcours de soin liées à la réhospitalisation des usagers (3.4).

1 LE CONCEPT DE HANDICAP PSYCHIQUE ET SA DECLINAISON SUR LE TERRITOIRE SUD SAONE-ET-LOIRE

Afin de mener cette étude à bien, il convient de contextualiser le handicap psychique dans sa dimension scientifique et légale (1.1), en outre, un diagnostic territorial sera proposé tant sur le plan somatique que psychiatrique (1.2), enfin, la méthodologie utilisée pour la réalisation de ce mémoire sera expliquée (1.3).

1.1 THEORISATION DU HANDICAP PSYCHIQUE ET DE SON ACCOMPAGNEMENT

Afin de cerner les enjeux de ce mémoire, les principaux termes évoqués seront explicités, tant dans leur signification juridique que pratique. Si une compréhension du handicap psychique est nécessaire (1.1.1), celle-ci ne peut être complète qu'à la lumière de son traitement en urgences (1.1.2) et de son accompagnement normal (1.1.3).

1.1.1 L'évolution conceptuelle et législative handicap psychique

Comme cela a été évoqué dans l'introduction, le handicap psychique se distingue de par sa complexité qui est lié à sa reconnaissance légale tardive. En effet, bien que ce handicap soit connu par la communauté scientifique depuis les années 60⁶, il n'en demeure pas moins qu'il a été source de confusion durant des décennies. Cette confusion se traduit actuellement dans les référentiels qui peuvent se révéler être en désaccord formel sur la définition du handicap psychique⁷. Là où les indicateurs médicosociaux analysent le handicap par rapport au trouble qu'il provoque chez la personne, le tableau de bord de l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et la grille CIF perçoivent le handicap dans sa vision actuelle ; une perturbation de la dynamique sociale de la personne – une rupture avec son environnement⁸.

On observe ainsi une première difficulté majeure quant à la définition qu'en ont les acteurs nationaux et locaux. Cette absence de définition partagée s'illustre dans l'absence de véritable évaluation par la MDPH de ce type de handicap, elle se traduit dans les faits par une orientation qui n'est pas toujours comprise par le secteur médicosocial. Comme le montre ce témoignage d'une directrice de Foyer de Vie « *la MDPH nous transmet des personnes qui ne sont pas adaptées aux types d'accompagnement que nous proposons ... c'est dommageable pour eux et pour nous*⁹ ».

⁶ Barreyre J.Y, Makdessi Y. - CEDIAS ; ANCREAI Ile-de-France - 12/2007 - 87 p

⁷ Roussel P., Giordano G., Cuenot M., *De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale - L'exemple de l'enquête Handicap-Santé*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°11, avril 2014

⁸ Annexe 5

⁹ Annexe 3 : Entretien 1

Le **handicap psychique** est difficile à définir du fait de la **complexité des troubles qui en sont à l'origine**.

Ses causes sont diverses : les psychoses, et en particulier la schizophrénie, le trouble bipolaire, les troubles graves de la personnalité (personnalité *borderline*, par exemple), la dépression résistante, les TOC (troubles obsessionnels compulsifs) graves. Le **handicap psychique** pourrait être défini comme étant « **la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans son quotidien** ».

Les **troubles psychiques** (notion plus large que celle de handicap psychique) sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie ou de dépendance des personnes. Le handicap émerge à partir du moment où la personne, du fait de troubles psychiques va s'inscrire dans une relation de dépendance en raison de besoins spécifiques liés à sa pathologie.

La reconnaissance du handicap psychique est très récente : elle a trouvé une consécration législative avec **la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, et, une reconnaissance internationale avec **la convention internationale de l'ONU de 2006 pour la protection et la promotion des droits et la dignité des personnes handicapées**.

Cinq domaines de la vie courante sont à prendre en considération, au quotidien, pour **évaluer l'importance du handicap** : la capacité à prendre soin de soi (hygiène de vie, soins somatiques, soins psychiques,...), la capacité à établir des relations et à sortir du repli sur soi, la capacité à se maintenir dans un logement, la capacité à se former ou à assurer une activité, notamment professionnelle, et, enfin, la capacité à organiser une vie sociale et des loisirs.

Source : Info Parcours Psy Bourgoigne n°1 du 5 mars 2014

Il est important de distinguer le handicap psychique du handicap mental car leur différenciation peut illustrer d'une part, la difficulté que rencontre le médicosocial à accompagner ce type de handicap et d'autre part, la méconnaissance par la population de ce type de handicap.

Handicap	Mental	Psychique
Origine	Anomalie génétique, traumatisme, AVC, etc.	Inconnue à ce jour
Capacités intellectuelles	Altérées	Présentes, seule la capacité de penser et d'agir est altérée
Manifestation	Stable – retard mental	Instable et imprévisible – violence contre soit (suicide) ou contre les autres, associa, crise, etc.
Evolution	Non-évolutif	Evolutif
Soin médicamenteux	Limités	Nécessaires et liés à un suivi psychiatrique dans la majorité des cas
Accompagnement	Pédagogique	Soins psychiatrique et somatique dans une majorité de cas

La reconnaissance scientifique de ce type de handicap s'est faite parallèlement à une reconnaissance législative qui n'a pas débuté véritablement avec la loi du 11 février 2005. Le décret 2005-1589 prévoit que le handicap psychique est reconnu et évalué par les CDAPH (commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées), instance des MDPH. Cette instance se réfère au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées tel que le prévoit le décret 2004-1136. Ce guide propose une analyse psychosociale de la personne qui est complétée par un expert psychiatre qui évaluera le taux d'incapacité de la personne. Ce taux détermine la nature et le montant des aides versées. Il s'agit d'une évaluation remise en cause car éloignée des standards de la médecine factuelle¹⁰. Dans les faits, comme cela a déjà été évoqué,

¹⁰ Vidal Naquet P., « *Les frontières incertaines du handicap psychique* », Qu'est-ce que le handicap psychique, novembre 2012, pp.16-27 consulté sur handipole.org, le 26/12/2014

l'orientation par la MDPH se fait avec difficulté car, d'une part, elles ne connaissent pas le périmètre du handicap psychique. D'autre part, elles méconnaissent parfois les types d'autorisations qui sont allouées aux établissements médicosociaux.

La loi du 11 février 2005 vient apporter sa pierre à l'édifice législatif en consacrant les travaux scientifiques des années précédentes inclus dans la CIF. Dorénavant, ce n'est plus l'altération de la fonction psychique qui est un handicap (modèle biomédical) mais la limitation de l'interaction avec l'environnement social (courant des *disability studies*). Cette altération conduit souvent à une mesure de protection¹¹ (tutelle, curatelle) pour les personnes handicapées prises en charge par un ESMS. Le prononcé d'une telle mesure est réalisé par le juge des tutelles¹², la tutelle est le plus souvent exercée par les parents de la personne handicapée, ou, par un mandataire judiciaire.

1.1.2 La psychiatrie en France

L'organisation de la psychiatrie actuelle doit s'envisager au travers de sa construction historique et sociale.

A) La psychiatrie, une citadelle qui commence à s'ouvrir sur l'extérieur.

Le cadre juridique de la psychiatrie en France s'est construit en trois temps. La circulaire du 15 mars 1960 instaure une structuration territoriale de la psychiatrie qui essaie pour la première fois de sortir la psychiatrie du giron exclusif de l'hôpital. En effet, un large mouvement antipsychiatrique se développe dans les années 60 dans les pays anglo-saxons, celui-ci s'illustre notamment par la parution du livre de Ken Kesey « Vol au-dessus d'un nid de coucou ». L'objectif de cette circulaire est de créer un déplacement de la psychiatrie des hôpitaux aux territoires car le milieu ordinaire est devenu thérapeutique – une alternative à l'hospitalisation existe. Par la suite, la loi du 25 juillet 1985 vient poser l'architecture ternaire de la psychiatrie (prévention, diagnostic, soin) et place ce champ sous l'autorité du ministre de la santé. Enfin, l'arrêté¹³ du 11 février 1991 réduit le ratio lits de psychiatrie/ 1000 habitants nécessaire faisant passer ce ratio de 3 à 0.9 et opère la distinction lits (psychiatrie complète) et places (hôpital de jour). Cet arrêté vient renforcer la loi du 27 juin 1990 organisant le fonctionnement de la psychiatrie tel qu'on le connaît actuellement ainsi que ses voies de recours.

L'évolution règlementaire et psychiatrique donne une nouvelle opportunité aux personnes handicapées psychiques ; celles-ci vont avoir une alternative à partir des lois du 4 mars 2002 relative à la démocratie sanitaire et celle du 11 février 2005 relative au handicap. Elles n'auront plus à choisir entre le dénuement du milieu ordinaire ou la camisole

¹¹ Art. 425 du Code Civil

¹² Art. 440 du Code Civil

¹³ Arrêté relatif aux indices de besoin concernant les équipements psychiatriques, 11/02/1991

médicamenteuse psychiatrique ; le secteur médicosocial est une troisième voie liant sécurité et autonomie.

Actuellement, la psychiatrie en France est découpée en territoires psychiatriques de 70 000 habitants dépendant du ressort d'un établissement spécialisé ou généraliste. Ces territoires peuvent concerner la psychiatrie ou la pédopsychiatrie, ils doivent être dotés d'une équipe pluridisciplinaire pouvant assurer le diagnostic, la prévention et le traitement afin d'assurer une santé mentale satisfaisante à la population que ce soit dans le secteur ambulatoire ou en hospitalier. Les secteurs psychiatriques n'interviennent qu'à l'intérieur de leurs limites géographiques et doivent prendre en charge les patients habitant dans ces limites. Ils disposent d'un certain nombre de structures en proposant parfois des solutions alternatives à l'hospitalisation, comme l'accompagnement social.

La psychiatrie est sous tendue par quatre principes fondamentaux : tout d'abord, privilégier les soins ambulatoires en approchant la psychiatrie au plus proche des besoins de la population, faire de l'hôpital une étape et non une fin, enfin, articuler la psychiatrie avec des acteurs extra-sanitaires que sont les acteurs sociaux et judiciaires.

La France, bien qu'étant un des meilleurs systèmes de santé au monde, connaît un certain retard sur la psychiatrie, une tentative de réduction de ce retard a été opérée entre 2005 et 2010 par un premier plan santé mentale. Néanmoins ce plan, qui avait pour objet de développer une véritable alternative à l'hospitalisation a produit des « résultats médiocres »¹⁴ selon la Cour des Comptes – la faute notamment à une prise en charge médicosociale insuffisante et au flou de compétence qu'il a engendré pour les acteurs territoriaux. Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a pour objet de confier le pilotage local aux nouvelles ARS, ces dernières devant traduire leurs objectifs stratégiques dans leurs PRS (projet régional de santé).

B) Les urgences psychiatriques

Il faut entendre par urgence psychiatrique, un service des urgences avec un psychiatre d'astreinte. Dans le territoire nous intéressant, seul le CH de Mâcon dispose d'un tel dispositif depuis 2011. La compétence psychiatrique dans les urgences doit permettre « le soutien et l'accompagnement des familles de personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement »¹⁵, en outre, son objet est d'orienter ou de prévenir la situation de crise.

La loi du 5 juillet 2011 a modifié l'hospitalisation psychiatrique en urgence. Il y a par an un peu plus de 100 000 hospitalisations sans consentement (HSC). Celles-ci représentent plus de 15% des hospitalisations psychiatriques. Il sera question dans ce mémoire

¹⁴ Rapport de la Cour des Comptes, « *l'organisation des soins psychiatriques* » du 20 décembre 2011

¹⁵ Loi du 5 février 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

principalement de l'admission psychiatrique sous la demande d'un tiers (HDT), en effet, ce mode d'admission concerne aussi bien l'utilisateur en établissement que l'utilisateur en milieu ordinaire. Au sein des HSC, il y a 80% de HDT, 20% sont des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), le préfet notamment.

1.1.3 Le cadre de l'accompagnement du handicap psychique

L'accompagnement du handicap psychiatrique se situe à plusieurs niveaux : en établissement et en milieu ordinaire, en outre, il concerne les usagers mais également leurs aidants. Une carte indiquant l'emplacement des ESMS dans le territoire sud Saône-et-Loire est disponible en annexe 2.

A) L'accompagnement dans le milieu ordinaire

Les centres médico psychologiques (CMP)¹⁶ sont des établissements proposant une offre de soin mentale pluridisciplinaire ; ils regroupent des psychiatres, des IDE (infirmiers diplômés d'Etat), des assistantes sociales et d'autres professionnels de santé. Entièrement pris en charge par l'assurance maladie et rattachés à un CH, ils ont pour objet d'être une psychiatrie de premier recours au cœur des territoires. Ils incarnent une prise en charge (PEC) extra hospitalière qui représente 70% des consultations psychiatriques françaises. Les CMP sont chargés d'un secteur géographique déterminé ; ils sont rattachés à un hôpital public (ou privé participant au service public).

Il existe trois structures de CMP dans le territoire Sud Saône et Loire : Mâcon Sud, Mâcon Nord, Paray-le-Monial, ils sont ouverts 5/7j aux horaires de bureau. Par ailleurs, il existe deux CMPP spécialisés sur l'accompagnement infanto juvénile (Mâcon Nord et Paray-le-Monial). Il est à noter que les CMP ont mis davantage de moyens sur la partie adulte que sur la partie enfance. En outre, il existe deux types de prise en charge au CMP : une prise en charge sur place ou à domicile. S'agissant de la PEC à domicile, son but est d'éviter la dégradation psychique de la personne suivie, qu'elle soit en établissement ou le plus souvent en milieu ordinaire. Cette PEC propose deux types d'accompagnement, un accompagnement infirmier pour les personnes les plus fragiles - celles qui concernent ce mémoire - et l'accompagnement social pour les plus autonomes. Le CMP, est à la fois garant d'un accompagnement psychiatrique et d'un lien social avec les personnes en situation de handicap psychique.

Il existe six SAVS (service d'aide à la vie sociale) dans le territoire sud Saône et Loire. Il s'agit d'un service médicosocial permettant aux personnes handicapées psychiques de bénéficier d'une aide dans leur vie quotidienne qui est gérée par le conseil général (CG).

¹⁶ Décret n° 63-146 du 18 février 1963 relatif aux conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux

Nécessitant une orientation par la MDPH, le SAVS accorde une importance particulière à la prise du traitement mais également aux visites chez le médecin ou en CMP, il incarne un accompagnement social dans le parcours de soins. Les SAVS ont une vocation d'accompagnement, ils aident à faire mais ne font pas à la place. Enfin, le SAVS fait l'interaction entre : l'utilisateur, le CMP, les équipes sanitaires, les familles, les associations, les services de protection judiciaire, etc. Parmi, les six SAVS du territoire intéressant ce mémoire, aucun n'est spécialisé sur la psychiatrie.

Les SAMSAH¹⁷ (services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés) sont des services à domicile nécessitant une orientation MDPH.

Ils comprennent d'une part, un accompagnement sanitaire animé par un psychiatre, un IDE psy ou un ergothérapeute. Cet accompagnement revêt une importance particulière, notamment pour les personnes en situation de handicap psychique vivant en milieu ordinaire. D'autre part, ils prévoient un accompagnement social semblable à l'accompagnement des SAVS, celui-ci est animé par des éducateurs spécialisés la plupart du temps. Sur les deux SAMSAH du territoire sud, un est spécialisé sur le handicap psychique.

Enfin, les GEM¹⁸ (groupement d'entraide mutuelle) sont des organisations ne nécessitant pas d'orientation MDPH. Ils ont pour objet de rompre l'isolement par des activités de jour à destination de personnes en situation de fragilité sociale ou psychique. Ils occupent une fonction de tremplin vers la vie ordinaire pour des personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire, notamment. Dans le territoire Sud Saône et Loire, il n'y qu'un seul GEM, celui-ci est situé à Cluny.

B) L'accompagnement en structure médicosociale

Lorsque le handicap psychique d'un usager est trop important, son accompagnement passe par une prise en charge pluridisciplinaire en établissement médicosocial. Ces principaux établissements nécessitant une orientation MDPH peuvent être classés selon leur public cible.

Concernant les mineurs, deux grands types d'établissements existent :

¹⁷ Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

¹⁸ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Les instituts médico éducatifs¹⁹ (IME) sont des établissements médicosociaux proposant un accompagnement pédagogique, éducatif et somatique à un public âgé de 6 à 20 ans (sauf cas des amendements Creton) atteint majoritairement de handicap mental lié à des troubles neuropsychiatriques. Bien que le handicap psychique se manifeste majoritairement à l'adolescence, il n'en demeure pas moins que certains enfants présentent des troubles psychiques qu'il convient de traiter en amont²⁰. Le territoire Sud Saône et Loire compte deux IME avec une part importante d'adolescents en situation de handicap psychique.

Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques²¹ (ITEP) accompagnent la même classe d'âge que les IME. Cet établissement vise en premier lieu les troubles psychiques qui peuvent se traduire par des troubles du comportement tels que l'agressivité ou au contraire le retrait ce qui atteint leur potentiel de socialisation. Le territoire sud en compte deux, néanmoins, aucun des deux n'a répondu à l'étude de cohorte.

Les ITEP et les IME travaillent conjointement avec d'une part les six SESSAD²² (services d'éducation spéciale et de soins à domicile) du territoire. Il s'agit de services médicosociaux chargés spécifiquement de l'accompagnement éducatif à domicile ou dans son lieu d'enseignement. D'autre part, ils collaborent avec les CME²³ (Centre médico éducatifs) sur la même thématique.

Concernant les majeurs, quatre établissements sont à distinguer :

Le Foyer de Vie²⁴ (FDV) ou foyer occupationnel est une structure médicosociale gérée par le CG, il s'adresse majoritairement aux adultes en situation de déficience mentale ne pouvant exercer une activité en ESAT. Non-médicalisées, ces structures assurent hébergement, aide quotidienne et dispensent des activités occupationnelles. Il existe quatre FDV dans le territoire sud, bien qu'ils présentent un faible taux de handicap psychique, certaines situations engendrent des dysfonctionnements.

Les Foyers d'accueil médicalisés²⁵ (FAM) relèvent conjointement du CG et de l'ARS. Ils hébergent des personnes en situation de handicap âgées de 16 à 60 ans dont la dépendance les rend inaptes à toute activité professionnelle. Moins autonomes que les

¹⁹ Art. L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

²⁰ Art. 7 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

²¹ Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

²² Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 relatif à la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale

²³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

²⁴ Art. L. 243-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

²⁵ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

usagers de FDV, ils doivent faire l'objet d'un suivi médical constant – suivi qui est assuré par une équipe médicale propre à l'établissement – et doivent être aidés pour la majorité des tâches quotidiennes. Les cinq FAM du territoire n'ont malheureusement pas répondu à l'enquête de cohorte qui aurait pu déterminer le nombre d'usagers concernés par une problématique de handicap psychique. Néanmoins, il s'agit d'une structure davantage spécialisée dans cette problématique.

Les Maisons d'accueil spécialisées (MAS), quant à elles relèvent uniquement de l'ARS. Celles-ci sont davantage médicalisées que les FAM et accueillent le plus souvent des personnes en situation de polyhandicap. Il est à noter qu'une MAS de compétence départementale²⁶ sera ouverte début 2016, celle-ci sera rattachée au CHS de Sevrey – établissement spécialisé pilotant la psychiatrie dans le territoire nord Saône et Loire. Il n'y a qu'une seule MAS dans le territoire sud Saône et Loire.

Enfin, les Etablissements Sociaux d'Aide par le Travail (ESAT) sont à la fois des établissements médicosociaux mais également des structures de travail protégées visant à la réinsertion sociale. Ils sont destinés aux personnes en situation de handicap pouvant exercer une activité de production sous l'égide d'un contrat de travail. Ils constituent un élément majeur d'intégration dans la vie de la cité pour les personnes en situation de handicap psychique suivies par un service. Il y a quatre ESAT dans le territoire Sud Saône et Loire dont un spécialisé sur le handicap psychique.

Concernant les personnes handicapées vieillissantes, il n'existe pas à ce jour de type de structure spécialisée.

Certains EHPAD disposent de places ou de services spécialisés accueillant spécifiquement des personnes handicapées vieillissantes dont certaines souffrent d'un handicap mental. Néanmoins, les PHV (personnes handicapées vieillissantes) psychiques sont également disséminées dans différents EHPAD standards. Concernant le handicap psychique spécifiquement, les FDV, FAM, MAS passent généralement des conventions avec des SAMSAH pour accompagner le vieillissement. Néanmoins, passé 60 ans, certains EHPAD spécialisent certains de leurs services en passant des conventions avec des structures psychiatriques. Deux de ces structures existent dans le Nord Saône et Loire (Le Creusot et Saint-Désert), concernant le sud, seul un EHPAD a consacré un service de 37 places à cette problématique. Néanmoins, des problématiques psychiques existent dans d'autres EHPAD du territoire, non-spécialistes, cependant, leur détection est rendue difficile car sans formation, le handicap psychique peut être confondu avec de la démence sénile.

²⁶ Autorisation de 60 places.

Bien qu'il ne s'agisse pas du cœur de ce mémoire, l'accompagnement dans le logement est une donnée du parcours de vie de la personne en situation de handicap psychique en milieu ordinaire. Les dispositifs traduisent le lien qui existe entre parcours de soin et parcours de vie, ainsi, ils représentent un point de jonction entre les services de la cohésion sociale et de l'ARS.

C) Le logement protégé pour le handicap psychique

La résidence d'accueil²⁷ est une structure combinant l'hébergement (seul ou en colocation) et l'accompagnement des personnes en état de souffrance psychique ce qui la différencie de la maison relais, plus généraliste. Bien que les soins n'y soient pas délivrés, l'organisme gérant cette structure doit avoir passé une convention avec un service médicosocial tel qu'un SAMSAH. L'idée est reprise par les familles d'accueil qui accompagnent la personne en situation de handicap psychique sur la voie du rétablissement, en revanche, dans une cellule familiale.

Le logement accompagné est un processus d'accompagnement spécialisé sur le handicap psychique, il a pour objet d'identifier les problématiques que rencontre l'utilisateur dans sa vie quotidienne et de l'aider à les résoudre par des visites à domicile d'acteurs sociaux ou infirmiers.

D) L'accompagnement des aidants

Les aidants occupent une place prépondérante dans le parcours de vie de la personne en situation de handicap psychique, surtout si celle-ci vit en milieu ordinaire. Depuis plusieurs années, émerge le statut de *care-giver* dans un contexte d'accroissement de la démocratie sanitaire. Ce statut est incarné par le pair-aidant familial, il s'agit d'un proche de la personne œuvrant bénévolement avec les équipes sanitaires ayant reçu une formation spécifique. Cette formation psycho-éducative est portée en France par l'UNAFAM et sa formation PROFamille. Celle-ci a pour objet de former les familles aux problématiques du handicap psychique, notamment gérer des situations telles que le déni, l'agressivité, l'anxiété, la dépression du proche, etc. Ces formations peuvent être complétées par des groupes de paroles se réunissant à intervalles réguliers.

1.2 DIAGNOSTIC TERRITORIAL : UN DEFICIT CROISSANT DE L'OFFRE PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE

Le diagnostic territorial portera sur le l'offre de soin psychiatrique et somatique, tant en secteur hospitalier (1.2.1) qu'en secteur ambulatoire (1.2.2).

²⁷ Ministère de la santé et des affaires sociales, Circulaire no 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.

1.2.1 Présentation générale du territoire Sud Saône et Loire : une zone hétérogène

Le secteur psychiatrique Sud Saône et Loire présente plusieurs caractéristiques qu'il convient de souligner :

- Un territoire semi-rural dont la population se concentre majoritairement dans l'agglomération Mâconnaise (un tiers des 184 000 habitants du territoire).
- La Saône et Loire est le sixième département français métropolitain en termes de superficie, le territoire sud, d'un peu plus de 3000 km² - 130 kms d'envergure, est donc étendu.
- Situation géographique particulière ; la préfecture de Mâcon et son CH (ainsi que ses deux CMP et son CMPP) sont situés à l'extrême sud-est du secteur, en revanche, Paray-le-Monial est situé à la frontière de l'Allier, tout à l'ouest de ce territoire. Ce positionnement peut perturber l'accès aux soins psychiatriques pour les habitants du centre de ce territoire.
- Il en résulte une grande importance du réseau routier dans la thématique de ce mémoire, il faut plus d'une heure pour rejoindre Mâcon et Paray-le-Monial (un CH un CMP et un CMPP), la principale ville de l'ouest de ce secteur. De plus, les axes routiers sont accidentogènes.
- sur un plan socioéconomique, il s'agit d'un territoire hétéroclite, l'agglomération mâconnaise, relativement jeune est aisée, tranche avec le reste du territoire, dont la population est en voie de paupérisation et vieillissante.

Le territoire Sud Saône et Loire est un espace géographique particulier marqué par l'asymétrie de ses bassins de vie, et de son offre de soin. L'agglomération mâconnaise qui rassemble la majorité de la population et de l'offre de soin est située au sud-ouest, dans l'axe Lyon-Dijon. Il en résulte des difficultés quant à l'accès aux soins, notamment pour certains établissements situés au centre du territoire, dans les cantons de St Bonnet de Joue, Clayette et Chauffailles.

1.2.2 Une offre médicosociale satisfaisante

L'offre médicosociale en Saône et Loire se caractérise par un taux d'équipement satisfaisant concernant les adultes handicapés, en effet, les FAM et les FDV se distinguent par un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale qui représente le double de la moyenne Bourguignonne. Seuls les MAS et les ESAT se situent dans la moyenne régionale et nationale.

Taux d'équipement des principales structures handicap/adulte				Nombre de structure dans le Sud Saône et Loire
ESMS adulte	Bourgogne	Saône et Loire	France	
MAS	0.6	0.6	0.8	1
FAM	1.1	1.3	0.7	5
FDV	2.7	3.1	1.5	4
ESAT	3.9	3.8	3.5	4

SROMS Bourgogne 2012-2016

S'agissant de l'enfance handicapée, le constat est plus nuancé puisque le taux d'équipement se situe un point sous la moyenne régionale et nationale.

Taux d'équipement des principales structures handicap/ enfant				Principales dans le Sud Saône et Loire
ESMS enfants	Bourgogne	Saône et Loire	France	
Moyenne	6.7	5.8	6.6	4 IME 2 ITEP

SROMS Bourgogne 2012-2016

La situation géographique de tous ces ESMS est relativement hétérogène, si une majorité d'entre eux sont situés dans le bassin de vie de Mâcon ou de Paray-le-Monial, il est à noter que certains sont dans le centre du territoire.

Néanmoins, concernant la problématique spécifique du handicap psychique, la Saône et Loire, en comparaison à ses voisines bourguignonnes est relativement bien dotée : « seule la Saône-et-Loire dispose de structures médico-sociales spécifiques pour le public psychique²⁸ » comme le souligne l'actuel SROS. Néanmoins, cette offre médicosociale satisfaisante tranche avec l'offre somatique.

1.2.3 Une offre somatique décroissante, en particulier dans le centre du territoire

La démographie médicale bourguignonne est plus faible que celle enregistrée en France. En 2013 on compte 4702 médecins pour un peu moins de 2 millions d'habitants soit 286 médecins pour 100 000 habitants. Il est à noter que la moyenne d'âge est relativement élevée puisque plus de 40 % des médecins bourguignons ont plus de 55 ans. Il y a eu entre 2007 et 2013 un recul régional de 10.8% de la démographie somatique.

A) Une offre de premier recours hétéroclite

La Saône et Loire compte au total 1305 médecins en 2013 dont 659 généralistes et 661 spécialistes, le tout pour une moyenne d'âge de 52 ans²⁹. Si on affine cette donnée cela représente 130 médecins généralistes pour 100 000 habitants là où la moyenne française est de 158.

En outre, il est à noter que la situation est également préoccupante concernant le territoire Sud Saône et Loire, puisque 164 médecins généralistes³⁰ sont présents pour une population totale de 180 000 habitants. Cette présence est extrêmement hétérogène puisque si le territoire du Mâconnais est bien desservi (9.3 médecins pour 10 000 habitants), les cantons de l'ouest tels que Gueugnon, Bourbon-Lancy ou Digoin comptent en moyenne moins de 6 généralistes pour 10 000 habitants³¹. Entre 2007 et 2013, l'intégralité des cantons du sud Saône et Loire a connu une diminution du nombre de ses médecins généralistes et ce, en dépit d'une augmentation de leur population. Cette

²⁸ ARS Bourgogne, SROMS 2012-2016, p.28

²⁹ Conseil de l'ordre des médecins, Atlas 2013 des médecins de Bourgogne, p 9 consulté sur conseil-national.medecin.fr le 20/12/2014

³⁰ Libéraux/ mixtes ou salariés hors remplacements

³¹ ibidem

situation peut être contre balancée par le fait que le sud Saône et Loire connaît un bon maillage en termes de Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Enfin, la présence de paramédicaux – infirmiers notamment – est satisfaisante³².

B) Les spécialistes libéraux

Les spécialistes libéraux (en ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie) connaissent une carence plus accrue, notamment en dehors du canton de Mâcon. Les spécialités de médecine enregistrent, pour la plupart, un recul de leur démographie. Néanmoins, on note une quasi absence ambulatoire des 7 spécialités de médecine.

C) La dotation en médecine hospitalière

La Sud Saône et Loire compte trois CH (Mâcon, Paray-le-Monial et Bourbon-Lancy) ainsi que quatre hôpitaux locaux répartis équitablement dans le territoire (Cluny, La Clayette, Marcigny et Tramayes), ce bon maillage territorial peut s'expliquer par la tradition d'hospices locaux présente en Bourgogne. En tout, le territoire compte 509 lits en médecine soit un taux d'équipement de 2.8 / 1000 habitants. Ce taux d'équipement, un peu plus faible que la moyenne régionale, est pondéré par un taux de fuite avoisinant les 25%, ce qui s'explique notamment par la proximité des points d'offre lyonnais.

L'offre somatique reflète l'inégalité de ce territoire, qu'il s'agisse des médecins libéraux ou des spécialistes, leur démographie décroît et on note une concentration dans le bassin de vie du mâconnais. Cette inégalité de l'offre engendre des difficultés pour la population mais également pour les établissements médicosociaux qui peuvent avoir des difficultés à trouver un médecin acceptant de traiter leurs usagers.

1.2.4 Une offre psychiatrique déficitaire aussi bien sur l'intra que sur l'extrahospitalier

L'objectif 3.1 de l'actuel SROS/ psychiatrie résume la situation en ces termes « *Renforcement de moyens des structures ambulatoires et d'hospitalisation complète pour permettre une meilleure organisation du secteur G08, rapatrié en 2006 depuis l'Ain et améliorer l'offre d'hospitalisation sur ce territoire très déficitaire* »³³. Nous allons nous pencher sur le caractère déficitaire de l'offre hospitalière (1.2.4.1) et extrahospitalière (1.2.4.2).

A) L'offre en psychiatrie hospitalière

L'offre hospitalière correspond aux lits en psychiatrie complète (accueil, y compris de nuit) et aux places en hospitalisation psychiatrique de jour.

³² ARS Bourgogne, SROS 2012-2016, p.356

³³ ARS Bourgogne, SROS 2012-2016, p.23

Un seul opérateur utilise son autorisation psychiatrique dans le territoire Sud Saône-et-Loire (184 000 habitants); il s'agit du CH de Mâcon « les Chanaux », il est le seul établissement du territoire sud Saône et Loire à disposer de lits et places en psychiatrie adulte, en outre, il a l'exclusivité des urgences psychiatriques sur ce territoire.

Devant cette situation qui engendrait une sur-occupation naturelle de la psychiatrie mâconnaise, une convention de coopération a été signée en 2013 entre le CH de Mâcon, la clinique du Val-Dracy et le CHS Sevrey. Celle-ci porte sur la prise en charge de patients hospitalisés sous contrainte³⁴ suivant les objectifs du SROS 2012-2016. Cette convention partant d'un état de sur occupation de la psychiatrie du CH de Mâcon, notamment en UPC (Unité de Psychiatrie Complexe), dispose que lorsque cette unité dépasse un seuil de 84% de remplissage, les usagers sont redirigés vers la clinique Val-Dracy ou le CHS Sevrey, par défaut. Bien que ces usagers soient pris en charge en priorité lors de leur passage aux urgences³⁵, ils doivent être vus par le psychiatre d'astreinte et n'être redirigés qu'après. La clinique du Val-Dracy est un établissement privé non-zoné, situé dans le territoire Nord Saône-et-Loire, elle met à disposition 14 lits pour les hospitalisations sous contrainte. Sa capacité est complétée, en cas de besoin par le CHS Sevrey, pilote en matière de psychiatrie du territoire Nord Saône et Loire, « dans la mesure de ses places disponibles »³⁶.

Capacité psychiatrique ³⁷ du CH « Les Chanaux » de Mâcon en 2014		
Etablissement	Psychiatrie	Pédopsychiatrie
Secteurs psychiatriques	3	1
Lits d'hospitalisation complète	80 lits répartis sur 4 unités : UP Libre : 25 lits UP Contrainte : 25 lits UP Réinsertion Sociale : 25 lits UP Contrainte 72h : 5 lits + 14 lits à la clinique du Val Dracy < 30 000 PEC annuelles	0 lits
Places en hôpital de jour	0 place	10 places 4633 PEC annuelles
Appartements thérapeutiques	4 places 1280 PEC annuelles	0 place
ETP psychiatre	8.2	4.4
File active	3 644 usagers	2 670 usagers

Source: STATISS 2013

Densité totale de l'offre en psychiatrie hospitalière	Densité pour la psychiatrie générale en nb de lits/ 1000 habitants (2011)	Densité pour pédopsychiatrie en nb de lits et places/ 1000 habitants (2011)
Sud Saône et Loire ³⁸	0.41	0.1
Nord Saône et Loire	1.26	0.21
Saône et Loire	0.97	0.16
Bourgogne	1.05	0.20

Source: SROS 2012-2016/ Psychiatrie

³⁴ Convention de coopération entre le CH de Mâcon, le CHS Sevrey et la clinique du Val-Dracy

³⁵ 130 passages par jour environ

³⁶ ibidem

³⁷ Données E-pmsi, consulté le 18/09/2014

³⁸ ARS Bourgogne, SROS/ psychiatrie 2012-2016, p.13 « Il subsiste cependant un fort déséquilibre entre le nord et le sud du territoire. Ainsi, il convient de travailler à une organisation qui permette d'utiliser au mieux l'ensemble des lits d'hospitalisation et des places de ce département. »

Plusieurs constats sont à observer sur l'offre psychiatrique hospitalière :

- Le taux de fuite sur ce secteur concernant la psychiatrie avoisine les 20%
- Le taux d'équipement en lits/ 1000 habitants n'est que de 0.41 alors que l'arrêté du 11 février 1991 impose un taux à 0.9. Le Nord est à 1.26.
- Absence d'hôpital de jour en psychiatrie adulte, absence d'hôpital de semaine.
- Absence de lits en pédopsychiatrie
- La pédopsychiatrie compte 10 places d'hôpital de jour pour une file active de 2 670 usagers.
- Environ 250 patients par an sont concernés par une hospitalisation sous contrainte pour un total de 16 593 journées contre 499 patients en hospitalisation libre pour 11 060 journées. Le nombre de journées par patients est trois fois plus élevé dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte³⁹, il peut en émerger un phénomène de « *Bed Blockers* »⁴⁰

B) L'offre psychiatrique extrahospitalière

Les structures d'accueil sans hébergement illustrent un besoin de répondre à une détresse psychologique, au plus proche de la population.

Le territoire sud Saône et Loire compte trois CMP et deux CMPP mais aucun CATTP, le rapport d'activité du CH de Mâcon ne distingue pas l'activité de ces entités.

Fonctionnement des 3 CMP présents sur le territoire psychiatrique sud Saône-et-Loire			
CMP	CMP/P Mâcon Nord	CMP Mâcon Sud	CMP/P Paray-le-Monial
Compétence	Adulte (à partir de 20 ans) Enfant (0-13 ans)	Adulte (à partir de 20 ans)	Adulte (à partir de 20 ans) Enfant (0-13 ans)
Secteur psychiatrique adulte, les cantons concernés	Secteur G06 Mâcon Nord, Tramayes, Matour, Saint-Bonnay-de-Joux, Cluny, Lugny,	Secteur G07 Mâcon Sud, Mâcon Centre, Clayette, Chauffailles, Chapelle-de-Guinchay	Secteur G08 Paray-le-Monial, Bourbon-Lancy, Gueugnon, Digoin, Palinges, Charolles, Marcigny, Semur-en-Brionnais
Secteur psy enfant	Secteur I03 Intégralité du territoire sud Saône et Loire	Absence de CMPP	Secteur I03 Intégralité du secteur sud Saône et Loire
Population ⁴¹	56 000	75 000	53 000
Population Totale	184 000		
ETP de psy	6	1	1
Délais de consultation psychiatriques ⁴²	70 jours	70 jours	15 jours

³⁹ 66 contre 22 journées

⁴⁰ Jacob P, « *Pour la personne handicapée, un parcours de soins sans ruptures* », Rapport du 14/02/2012, p.20

⁴¹ Insee, recensement 2012

⁴² Données issues des entretiens avec les acteurs, le rapport d'activité du CH de Mâcon ne contient de telles données

En l'absence de données spécifiques à l'activité de chaque CMP/ CMPP, leur activité globale peut être analysée.

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE	CAPACITES		ACTIVITE				
	Nombre de structures		Nombre d'actes, soins et interventions :				
	CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie		CMP ou unité de consultation du secteur	à domicile ou en institution substitutive au domicile	en établissement social ou médico-sociale	en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence)	en établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire
Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine						
Psychiatrie générale	3		16326	2423	477	2010	
Psychiatrie infanto-juvénile	2		13978	151	39	768	160
Psychiatrie en milieu pénitentiaire							
Total psychiatrie (calculé)	5		30304	2574	516	2778	160

Données STATISS 2013

Plusieurs points quant au fonctionnement des CMP méritent d'être soulevés :

- Rupture d'accompagnement de 13 à 20 ans pour les CMPP de Mâcon et Paray-le-Monial.
- Délais d'attente les CMP de Mâcon Nord et Mâcon Sud supérieurs à 70 jours.
- Faible dotation de ces structures psychiatriques et pédopsychiatriques en général.
- Peu de déplacements « hors des murs », surtout pour le CMP pédopsychiatrique ; celui-ci se déplace 12 fois moins que le CMP adulte en établissement médicosocial.
- Absence de communication entre les trois CMP et les deux CMPP.
- La dotation en psychiatres entre les deux CMPP enfants et les trois CMP adultes est inégale : le CMP enfant compte deux fois moins de psychiatres (4.4 contre 8.2 ETP) pour un nombre d'actes annuel équivalent (environ 14 000 contre 16 326).

En outre, il convient de préciser qu'il existe très peu de psychiatres libéraux⁴³ dans le territoire sud Saône et Loire, par ailleurs, cette offre résiduelle n'est située qu'à Mâcon⁴⁴, le reste des cantons est totalement vierge d'offre psychiatrique ambulatoire. Concernant les paramédicaux, l'offre en termes de psychologues et d'IDE psy est satisfaisante dans ce territoire.

Ce diagnostic territorial nous enseigne que la situation de la Saône-et-Loire est particulière ; une offre déclinante dans le secteur somatique côtoie un large déficit concernant la psychiatrie, que celle-ci soit intra ou extrahospitalière. Il est évident qu'un tel déficit pèse négativement sur le parcours de soins des personnes en situation de handicap psychique, l'accompagnement psychiatrique en étant une donnée essentielle. Pour donner une véritable épaisseur à ce diagnostic, il convient de donner la parole aux

⁴³ 3 psychiatres exercent en exercice exclusivement libéral dans le sud Saône et Loire (Source : RPPS Stock)

⁴⁴ Annexe 6

professionnels présents sur le terrain, au contact des usagers et de leurs ruptures de soins.

1.3 UNE METHODOLOGIE A LA FOIS QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Pour réaliser ce mémoire, deux outils méthodologiques ont été utilisés. Concernant l'outil quantitatif, un questionnaire (1.3.1) a été envoyé aux ESMS du territoire, ses résultats seront analysés (1.3.2). D'un point de vue qualitatif ensuite, des entretiens ont été réalisés avec des entités représentatives de la problématique étudiée afin d'illustrer les problématiques de terrain (1.3.3).

1.3.1 Chiffrage de la cohorte concernée : un outil quantitatif⁴⁵

Au-delà du fonds documentaire disponible à la DT ARS, deux outils ont été utilisés pour réaliser la mesure de la population cible. Il convient de préciser que ce chiffrage a été rendu difficile, d'une part, de par l'absence d'outils d'informations à l'ARS et d'autre part, par le faible nombre de réponses aux questionnaires (environ 45%) et ce, en dépit de relances.

Avant de quantifier la cohorte, il a fallu identifier cette cohorte. Une autre difficulté s'est alors présentée. D'une part, le handicap psychique ne fait pas l'objet d'une définition unique sur le terrain. D'autre part, il serait plus juste de parler de spectre psychique tant il n'existe pas un mais des handicaps psychiques, c'est pourquoi il a été difficile de placer le curseur sur ce spectre⁴⁶. Enfin, la problématique de l'accompagnement du handicap psychique est une problématique très large qui englobe de nombreuses situations et de nombreux acteurs. C'est ce pourquoi, le tableau ci-dessous résume le public cible visé par cette enquête et par ce mémoire.

Population cible de l'étude	Population exclue de l'étude
Toutes les personnes en situation de handicap psychique Selon la grille médicosociale du ministère servant à la tarification ⁴⁷	Personnes atteintes d'un autre type de handicap : moteur, déficience intellectuelle, autisme, etc. PH psychiques à titre secondaire/ associé PH psychiques identifiées par une autre grille que la grille médicosociale
Mineurs (6-20 ans), adultes, personnes âgées (PHV)	Jeunes enfants (0-6 ans) suivis par un CAMPS
Orientées par la MDPH ...	Les PH n'ayant pas le statut d'handicapé psychique délivré par la MDPH.
Dans un établissement ou un service (que celui-ci soit géré par l'ARS ou le CG) prévu à l'article I 312-1 du CASF. La population est calculée en flux (cumul du 01/01 au 31/12). Sont prises en considération les places	PH psychique en milieu ordinaire non-suivies par un service médicosocial nécessitant une orientation MDPH PH psychique sur liste d'attente d'une structure

⁴⁵ Annexe 4

⁴⁶ Roussel P., Giordano G., Cuenot M., *De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale. L'exemple de l'enquête Handicap-Santé*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°11, avril 2014

⁴⁷ Ministère de la santé et des affaires sociales, Circulaire 17/08/05 DGAS relative aux indicateurs médicosociaux

autorisées, financées et dotées. Par exemple, les « amendements Creton » rentrent dans cette étude.	
Etant accompagnés au sein du territoire psychiatrique Sud Saône et Loire	PH psychiques en ESMS appartenant au territoire Nord Saône et Loire dépendant du CHS de Sevrey
Etant accompagné par un établissement ou service médicosocial découlant d'une orientation MDPH	/
En 2013	PH psychiques nouvellement accueillies en 2014 ne font pas l'objet d'une étude car leur ajout déstabilise la quantification de la cohorte. En outre, ce choix a été fait pour correspondre aux données disponibles à la DT ARS.

Ainsi, ont été retenues les personnes en situation de handicap psychique à titre principal selon la grille médicosociale du ministère car celle-ci doit être remplie par les ESMS lors de l'élaboration des comptes administratifs, le but étant d'avoir le plus de données possibles disponibles.

Le taux de réponse à ce questionnaire, additionné aux chiffres présents dans le fonds documentaire de la DT ARS donne un chiffre de 45% des structures interrogées⁴⁸.

Si l'on retranche les personnes en situation de handicap psychique pouvant faire l'objet d'une double prise en charge, on obtient un chiffre de 333.

Il y a par conséquent au moins entre **333 et 504 personnes en situation de handicap psychique à titre principal** accompagnés en ESMS dans le territoire psychiatrique sud Saône-et-Loire. Ce chiffre correspond au taux de prévalence situé entre 720 et 1260 personnes si on le rapporte au fait que 55% des ESMS n'ont pas répondu à l'enquête⁴⁹.

La deuxième partie de l'étude de cohorte était composée d'une enquête relative au chiffrage des consultations requises par les usagers des ESMS tant au niveau psychiatrique que somatique pour l'année 2013. Malheureusement, le taux de réponse de ce questionnaire étant trop résiduel (moins de 5 %), il est difficile d'analyser les données qu'il propose. Néanmoins, il illustre le fait que les préoccupations des établissements médicosociaux sont davantage tournées vers la prise en charge psychiatrique, surtout lors des crises, vers l'accompagnement somatique.

1.3.2 Sondage semi-ouvert révélateur de l'opinion des professionnels de terrain

Le sondage semi-ouvert envoyé aux ESMS du secteur Sud Saône-et-Loire avait pour objet de déterminer quels étaient les principaux freins et leviers pour solutionner la problématique de la rupture de soins dans le handicap psychique. Par ailleurs, ce sondage a été proposé à l'ensemble des 12 personnes interrogées. En tout, ces résultats sont la compilation de 25 réponses qui ont été classées selon les freins et leviers identifiés.

Freins identifiés par ordre d'importance
1. Carence dans la démographie médicale et paramédicale – avec une forte insistance sur le manque de psychiatres

⁴⁸ 22 sur 49 ESMS ont répondu à l'enquête démographique

⁴⁹ Annexe 4

2. Déficit de formation de certains professionnels de santé sur le domaine du handicap psychique – le médicosocial observe que la formation des médecins et des IDE est principalement clinique.
3. Manque de communication entre le médicosocial et la psychiatrie – il est souvent reproché à la psychiatrie hospitalière Mâconnaise de fonctionner en vase clos.
4. Insuffisance dans l'accessibilité de certaines structures psychiatriques – il ressort des entretiens que les deux CMP et le CMPP Mâconnais n'ouvrent pas assez (uniquement en horaires de bureau), il en résulte des délais de rendez-vous supérieurs à 70 jours.
5. Nature du territoire d'action – la grandeur du territoire, son aspect semi-rural et la non-concordance des territoires d'action sont souvent soulignés.
Observations : les sondés n'ont pas utilisé le caractère « ouvert » du questionnaire pour rajouter des freins. Les obstacles cités ci-dessus semblent faire consensus parmi les sondés.

Leviers d'action classés identifiés par ordre d'importance
1. Nécessité de davantage de personnel formé au handicap psychique – les sondés insistent sur le besoin de davantage de psychiatres, d'IDE formés à ce handicap ainsi que de médecins somatiques acceptant de réaliser des soins sur ce public.
2. Besoin d'une meilleure coordination entre le sanitaire et le médicosocial – les résultats illustrent une demande en outils d'information partagés ainsi qu'en instances de dialogue permises par un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM).
3. Création d'une aide professionnelle institutionnalisée – les personnes interrogées mettent en avant le besoin d'une ligne d'astreinte pour les périodes de crise, mise en place d'un agenda, émergence de la télé psychiatrie.
Observations : Contrairement aux freins qui faisaient consensus, il est à noter que certains leviers d'actions pointés n'étaient pas proposés par le questionnaire. Ils peuvent illustrer des demandes propres à certains champs professionnels, certains territoires ou certains types de structure.
4. Nécessité de réorganiser la psychiatrie sur le territoire – il est proposé par certains sondés de réunir les deux CMP adultes Mâcon-Sud et Mâcon-Nord ainsi que de revoir les délimitations des territoires d'action de ces CMP.
5. Mettre en place de nouveaux outils d'échange entre le médicosocial et la psychiatrie.
Observations : les points suivants peuvent être antagonistes quant à leur perception par d'autres acteurs interrogés.
6. Autoriser un certain glissement de tâches, notamment des psychiatres vers les IDEpsy ou les psychologues qui pourraient réaliser certains entretiens de pré admission. – néanmoins, cette idée est rejetée par certains sondés.
7. Passage direct en psychiatrie pour les PH psychiques en crise, sans passer par les urgences – cette proposition est rejetée par les acteurs de la psychiatrie qui craignent un afflux massif dans leurs services ainsi que l'absence d'examen somatique préalable.
8. Créer des structures intermédiaires spécifiques à mi-chemin entre la psychiatrie et l'ESMS – certains acteurs pensent qu'une telle idée pourrait aboutir à un effet filière néfaste.

1.3.3 Les entretiens : un outil qualitatif

Les entretiens ont été menés à l'aide de trames d'entretiens personnalisés⁵⁰, ceux-ci ont duré entre 1h et 2h30 et ont été réalisés, en grande partie sur place. La plupart du temps, ces entretiens ont été suivis d'une visite des locaux, ce qui a permis une phase d'observation. En outre, la plupart de ces entretiens, après avoir été retranscrits, ont été

⁵⁰ Annexe 4

débriefés avec des personnels de la DT ARS 71 afin de les exposer à un œil critique. Enfin, ces entretiens ont été analysés grâce à une grille de lecture permettant de dégager les grandes idées défendues par les intervenants rencontrés. Ces intervenants ont été sélectionnés afin de respecter la représentativité suivante :

- Par champ de compétence : Des acteurs du médicosocial et du sanitaire
- Par classe d'âge : ESMS accompagnant des PH psychiques enfants et adultes
- Par fonctionnement : Etablissements/ services médicosociaux
- Par autorité gestionnaire : ESMS gérés par l'ARS et/ou le CG
- Par statut : Structure publique/ privée
- Par situation géographique : des intervenants de l'ouest et de l'est du territoire ont été interrogés ainsi que certains intervenants du secteur nord Saône-et-Loire
- Par rôle : Soignant/ représentants d'usagers
- Par public : ESMS accompagnant des PH psychiques travailleuses ou non
- Par expérience : des intervenants ayant connu avant/ après la loi du 11 février 2005.

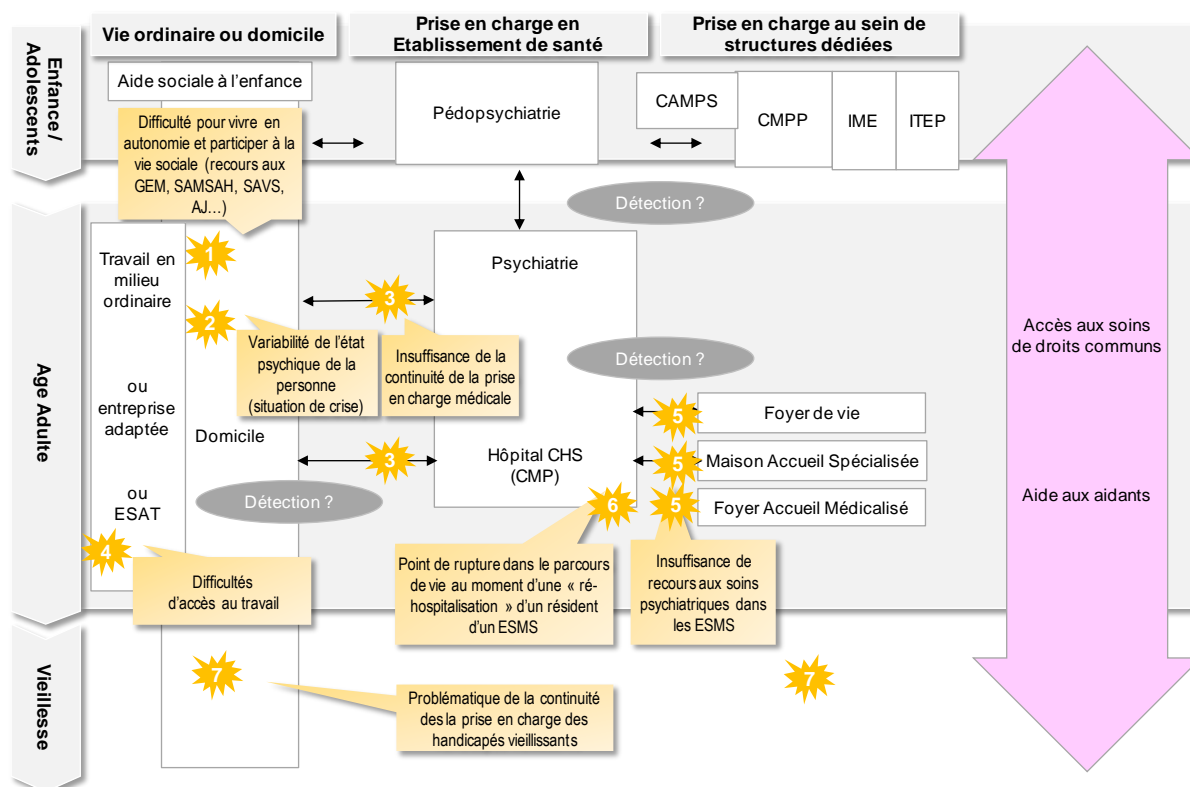
L'articulation du handicap psychique avec les domaines psychiatriques et médicosociaux constitue un défi que le législateur a essayé de solutionner, bien que dans les faits, des incertitudes demeurent quant à la question de savoir où commencent et où s'arrêtent les facultés de chacun des champs. La cohorte concernée par ce mémoire représente, au moins, 333 personnes, il s'agit donc d'un véritable enjeu pour les équipes de la DT ARS de Saône-et-Loire. En outre, il est intéressant d'observer que d'une part, les acteurs font part d'une véritable inquiétude quant à la psychiatrie mais ils émettent peu de réserves quant à la problématique de l'accompagnement somatique. D'autre part, il est intéressant de noter que si les solutions envisagées pour résoudre cette problématique ne font pas consensus, les freins identifiés, le sont de manière unanime.

Ces opinions reflètent un diagnostic territorial dual, car si l'offre de soin médicosociale est satisfaisante, il n'en demeure pas moins que l'offre psychiatrique et somatique est en déficit – et ce, qu'il s'agisse du secteur ambulatoire ou hospitalier. Ce déficit démographique justifie certes, en partie les ruptures dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap psychiques, néanmoins, comme on va pouvoir l'observer dans une seconde partie, le cœur du problème est ailleurs⁵¹.

⁵¹ Maillard A., *Plus que d'une pénurie de lits la psychiatrie souffre d'une mauvaise organisation*, Le Monde, 20 décembre 2012, consulté sur LeMonde.fr le 28/08/2014

2 ANALYSE DES POINTS DE RUPTURE DANS LES PARCOURS DE SOINS PSYCHIQUES DU TERRITOIRE SUD SAONE-ET-LOIRE

A l'issue de cet état des lieux préoccupant, il convient d'analyser ses répercussions dans le parcours de soin de la personne handicapée psychique. Les points d'entrée de cette partie se situeront dans les différentes ruptures identifiées par l'équipe du « parcours de vie et de soins de la personne handicapée psychique » pilotée par l'ARS Bourgogne. Ces entrées ont pour objet de mettre en parallèle l'offre de soin, la demande effective et les déficits observés. Cet outil de diagnostic établi en 2011 pour l'élaboration du PRS Bourgogne 2012-2016 doit être mis à jour et adapté aux enjeux du territoire psychiatrique sud Saône-et-Loire.



ARS Bourgogne – Parcours de vie et de soins de la personne en situation de handicap psychique

Après avoir présenté deux situations illustratives des points de rupture rencontrés dans ce territoire (2.1), seront évoqué deux cassures représentant les deux publics concernés par ce mémoire. D'une part, les ruptures de la personne handicapée psychique en milieu ordinaire – la majorité des cas - et d'autre part, les ruptures concernant la personne handicapée psychique en établissement (2.2). Enfin, un focus sera réalisé sur deux publics particuliers ; les enfants et les personnes handicapées vieillissantes psychiques (2.3).

2.1 Présentation de deux parcours de soins semés d'embuches

Afin d'illustrer ce que peut incarner une rupture de parcours pour une personne à domicile (2.1.1) ou en établissement (2.1.2), deux descriptions de cas recueillis en entretiens seront présentées. Ces deux cas sont illustratifs mais ne représentent pas la majorité des dossiers. Néanmoins, chacun d'entre eux constitue un défi pour tous les acteurs, et en premier lieu, pour l'utilisateur et ses proches.

2.1.1 Les ruptures, du domicile, aux urgences psychiatriques

M. X est une personne en situation de handicap psychique relevant du milieu ordinaire, son handicap s'est déclaré vers ses 20 ans. Avant, M. X menait une vie normale, était diplômé du supérieur et avait un travail.

La manifestation du handicap de M. X est la suivante : il est bipolaire et il nie son handicap, ses séjours en psychiatrie (UPC) sont fréquents, de l'ordre de deux fois par an par période de trois semaines. Il est suivi par un CMP de Mâcon et habite en appartement thérapeutique. Son handicap entraîne une médicalisation, notamment en antipsychotiques, ce qui a pour effet de provoquer chez lui des problèmes de santé invisibles (hypertension, problèmes cardiaques, etc.). Cette médicalisation provoque également des modifications sur son corps : fragilité des dents, perte de cheveux, prise de poids, etc. Ce qui ne fait que dégrader l'image qu'il a de lui, or, ce handicap est très sensible à l'image que l'on donne de soi. Ainsi, M. X supporte de plus en plus mal les médicaments et voit ses crises se rapprocher.

Lors de l'une de ces crises, alors qu'il est habituellement pris en charge par l'unité psychiatrique mâonnaise, pendant son passage aux urgences psychiatriques, on lui apprend que cette unité est complète et qu'il va devoir être transféré à la clinique du Val-Dracy. En effet, depuis 2013, une convention a été signée entre le CH Mâcon et la clinique privée du Val-Dracy afin de réorienter les patients en cas de sur occupation. Après avoir attendu aux urgences du CH de Mâcon, son ambulance reprend la route pendant une heure pour atteindre la clinique qui est située à proximité de Chalon-sur-Saône, dans le territoire Nord. Entre sa prise en charge par le centre 15 et son accueil à Val-Dracy, trois heures se sont écoulées.

Durant son séjour de deux semaines, ses parents sont très peu informés sur son état de santé, ils doivent faire les démarches pour tenter de joindre un psychiatre. Ils ont l'impression que le psychiatre, qui ne connaît pas leur fils, « *ne fait que du soin clinique* »⁵².

Les parents reprennent contact avec la clinique, celle-ci les informe que leur fils est sorti il y a trois jours, sans qu'ils en aient été prévenus. Par ailleurs, ils retrouvent leur fils

⁵² Annexe 3 : entretien 7

« *diminué mentalement et physiquement* »⁵³, de fait, le traitement prodigué à celui-ci était plus puissant que celui prescrit habituellement. Ils contactent alors le psychiatre du CH de Mâcon qui leur apprend qu'il n'avait aucune information sur cette prise en charge et que le dossier de leur enfant n'avait pas été demandé, donc pas transmis, d'où le changement de posologie. Il n'existe (apparemment) pas d'éventuels comptes rendus d'observation, le séjour de leur fils « *n'a pas laissé de traces* » selon leurs dires.

Les parents de X ont mis des semaines pour « *l'aider à remonter la pente* » liée à ce changement violent de traitement qui aurait pu être évité.

Ainsi, dans cet exemple on peut distinguer plusieurs dysfonctionnements qui sont vecteurs de rupture dans le parcours de soin :

- L'obligation de passer par les urgences du CH de Mâcon et ensuite d'être redirigé vers la clinique du Val-Dracy, ce qui a engendré un délai de prise en charge long.
- Le manque d'informations fournies aux parents, tant sur l'admission de X, ses soins ou sa sortie, ont été source d'angoisse pour ces derniers.
- L'absence de transfert d'information médicale entre le CH de Mâcon et la clinique du Val-Dracy alors que ces deux établissements ont signé une convention de coopération⁵⁴. Cela a entraîné un changement violent de traitement auquel n'a pas succédé un suivi de l'évolution du patient.

Néanmoins, sur ce territoire, les ruptures dans le parcours de soin ne sont pas l'apanage du milieu ordinaire, moins encadré. Celles-ci existent également pour les établissements médicosociaux.

2.1.2 De l'établissement médicosocial aux urgences psychiatriques

M. Y est actuellement dans un foyer de vie (FDV) public après avoir passé un long séjour en psychiatrie. M. Y est un patient au long cours, il a passé la majorité de sa vie en établissement, son orientation dans le FDV par la MDPH a surpris car il semble relever davantage d'un FAM.

Le handicap psychique de M. Y se manifeste par des accès de violence contre soi-même, les autres usagers ou le personnel (deux plaintes d'agents sont en cours). Cette misanthropie est, selon les mots du directeur de ce FDV « *inadéquat avec la vie en collectivité que doit proposer cet établissement* »⁵⁵.

Dans un premier temps, un protocole d'isolement thérapeutique a été proposé. M. Y est alors entré en crise, il a frappé des agents et s'est montré menaçant auprès des autres résidents. Il a donc été décidé de le mettre en isolement total et d'appeler le centre 15

⁵³ Id.

⁵⁴ Convention coopération relative à la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte entre le CH de Mâcon, CHS de Sevrey et la clinique de Val Dracy du 29 novembre 2012

⁵⁵ Annexe 3 : entretien 1

pour que le CH de Mâcon intervienne. La lettre d'admission a été écrite par un psychiatre d'un FAM voisin, venu de manière impromptue, afin de permettre cette HSC.

M. Y est « *un client* » des hospitalisations sous contrainte, il connaît même la plupart des ambulanciers du CH de Mâcon, ce cérémonial semble le calmer puisque le psychiatre d'astreinte aux urgences le voit et en conclut qu'il est asymptotique. M. Y est donc renvoyé au FDV moins de trois heures après sa prise en charge par les services de l'hôpital, celui-ci était calmé par une « *camisole chimique* » mais pas stabilisé. Il se trouve que la lettre d'admission n'avait pas été lue par le psychiatre de garde.

Le FDV a eu l'impression de ne pas être écouté alors qu'il était dans une situation de détresse, situation nourrie par l'absence de médecin dans cette structure. M. Y a continué à décompenser et à faire des séjours au CH. Le directeur le confirme, « *il y a une partie de ping-pong qui s'est engagée entre nous et eux, M. Y est malheureusement la balle et en plus, il n'est pas soigné* »⁵⁶. En outre, les relations entre l'établissement et l'hôpital se sont dégradées sur la durée.

Cet exemple illustre plusieurs points de rupture :

- L'orientation par la MDPH de Saône et Loire pourrait être améliorée, cette orientation est motivée par le manque de places en MAS et en FAM.
- Le fait que le Foyer de Vie ne soit pas médicalisé et constitue une structure occupationnelle engendre un dysfonctionnement important de sa bonne marche si quelques cas comme M. Y existent en son sein. Comme le confirme le directeur de ce FDV « *il n'y en a que deux ou trois dans une structure mais ils sont extrêmement chronophages* »⁵⁷
- L'absence de psychiatre a engendré l'attente de M. Y en isolement ce qui a peut-être accru sa décompensation.
- Le fait que la lettre d'admission n'ait pas été lue prouve qu'au-delà de l'existence de moyens de communication, leur utilisation est essentielle.
- Ce « *ping-pong* »⁵⁸ entre le Foyer de Vie et le CH est un élément chronophage, coûteux et il ne fait que retarder le soin de M. Y.
- Devant cette incompréhension mutuelle, des postures de repli sont adoptées par les champs psychiatriques et médicosociaux ; elles sont néfastes pour le présent et si rien n'est fait, elles le seront pour le futur.

Pour comprendre les points de rupture du parcours de soins, il faut étudier en premier lieu les parcours de vie chez l'adulte.

⁵⁶ Id.

⁵⁷ Id.

⁵⁸ Id.

2.2 Les principales ruptures du parcours adulte

Les interactions entre parcours de soins et parcours de vie en milieu ordinaire (2.2.1) mais également en établissement (2.2.2) seront étudiées.

2.2.1 Le milieu ordinaire, une condition d'émancipation sociale facteur des risques pour les personnes adultes en situation de handicap psychique

Selon le recensement mené, cette situation concerne au moins 101 personnes identifiées en SAVS, 19 personnes en SAMSAH et 45 personnes en accueil de jour.

Seront étudiées les difficultés liées à l'absence de cadre du milieu ordinaire (2.2.1.1), l'insertion dans la sphère de travail (2.2.1.2) ainsi que l'aspect évolutif de ce handicap (2.2.1.3). En effet, les difficultés d'accompagnement résident dans le caractère intermédiaire de ce public adulte, entre la vie autonome et l'établissement.

A) De la difficulté à vivre sans cadres

Deux parents, membres de l'UNAFAM ont un avis éclairant sur la question car leurs enfants sont en résidence d'accueil et sont suivis par un service médico-social car ils ont une reconnaissance MDPH.

Ils m'ont fait part tout d'abord d'un premier obstacle dans le chemin pour l'accompagnement : le tabou social. En effet, le handicap psychique étant surtout une question de regard sur soi que renvoie le regard d'autrui, ce poids social engendre de nombreux renoncements aux soins qu'il faut gérer par la suite, notamment dans les milieux ruraux.

En milieu ordinaire, au-delà du renoncement aux soins des personnes, peut s'accompagner, le renoncement des aidants. Le handicap psychique étant à la fois tabou social et mal connu, le déni de la part des proches est également une situation que les acteurs institutionnels doivent gérer en l'absence d'encadrement par une structure médicosociale. Sa présidente témoigne « *parfois on doit gérer un décalage délicat entre le désir de la personne, le désir de sa famille et la réalité* »⁵⁹. L'acceptation par l'utilisateur en milieu ordinaire de son handicap est donc un premier pas essentiel dans le parcours de soins.

Par ailleurs, la personne en milieu ordinaire doit gérer l'absence d'encadrement, or, cette absence d'encadrement peut être néfaste pour le suivi somatique des personnes. Comme on l'a déjà vu dans la première partie, le handicap psychique se caractérise par une prise médicamenteuse qui peut se révéler importante et dont les effets engendrent des problèmes pour l'utilisateur. Les traitements antipsychotiques accentuent le recours aux soins somatiques car ils sont puissants et leur effet est étendu dans la durée, elle accroît la demande en soins de certains spécialistes. Le dentiste, tout d'abord, car les dents sont

⁵⁹ Annexe 3 : entretien 6

fragilisées et se cassent facilement. La cardiologue, car ces médicaments alliés à une forte consommation de tabac et de café, fatiguent le cœur. La diabétologue, car ces médicaments engendrent cholestérol et surpoids. Enfin, ces médicaments provoquent des effets qui peuvent varier d'une personne à l'autre : tremblements, impuissance, problèmes digestifs, etc. Un parent d'utilisateur déplore ce fait : « *ces médicaments entraînent une telle déchéance physique chez des personnes, dont l'image qu'on leur renvoie a une importance cruciale, que mon fils m'a déjà demandé si je ne voulais pas le tuer en lui faisant prendre tous ces médicaments* »⁶⁰. Créer un lien durable entre le parcours somatique et le parcours psychiatrique est donc une nécessité absolue.

Par ailleurs, au-delà du refus de soin, un autre facteur peut engendrer une embuche dans le parcours de soin ; celui de prodiguer des soins. La personne en situation de handicap psychique, lorsqu'elle n'est pas accompagnée au sein d'un établissement peut rencontrer des difficultés pour faire appel à un médecin somatique. Une responsable de l'UNAFAM m'a affirmé que plusieurs parents avaient fait part que de nombreux professionnels libéraux refusaient de prendre en charge leurs enfants, et ce, sur la base de plusieurs arguments : méconnaissance de ce handicap, peur de la violence, insolvabilité de l'utilisateur ou non-respect des rendez-vous. Cette situation est corroborée par un centre de soins infirmiers interrogé, mais au-delà du refus des médecins, la peur des IDE est pointée⁶¹. Au-delà du caractère violent de ce type de handicap, la faible rétribution de l'administration médicamenteuse par l'assurance maladie (AM) est également dénoncée. Or, l'administration de ce traitement est important tant sur le plan médical que psychologique. Sur un plan médical, il empêche le handicap d'évoluer défavorablement, en revanche, sur un plan purement psychologique, il constitue un rituel rassurant, en l'absence de structure.

Enfin, il est à noter que les deux SAMSAH du territoire fonctionnent difficilement⁶². L'un des responsables de SAMSAH pointe une certaine ignorance de la MDPH « *elle [la MDPH] nous envoie des gens qui n'ont pas fait l'objet de période d'observation pour définir les besoins de la personne ... la situation est la même pour mon SAVS, ainsi, mon SAMSAH fait 60% de son activité avec des PH psychiques du SAVS qui décompensent* »⁶³. Ce responsable de service désigne une pratique qui consiste à faire du SAMSAH médical une dépendance du SAVS davantage axé sur la réinsertion sociale. L'effet vicieux de ce genre de pratique consiste à faire fonctionner les services sur eux-mêmes ; les usagers transitent entre les deux services sans pour autant qu'il y ait une ouverture pour les usagers extérieurs.

⁶⁰ Annexe 3 : entretien 7

⁶¹ Annexe 3 : entretien 10

⁶² Annexe 3 : entretien 3

⁶³ Id.

Les personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire suivies par un ESMS doivent donc faire face à deux défis de taille ; accepter le soin somatique et trouver quelqu'un pour prodiguer ce soin. On constate que pour ce public cible en milieu ordinaire, le lien entre somatique et psychiatrique doit être impérativement pris en considération.

L'intégration dans la vie de la cité est également conditionnée à l'obtention d'un travail.

B) Le travail, un facteur d'insertion difficile d'accès

Le public intéressant cette étude relève davantage des travailleurs en ESAT que de l'entreprise adaptée, de par l'importance de leur handicap psychique. Au moins 181 usagers travaillant dans l'un des quatre ESAT du sud Saône-et-Loire sont concernés.

L'insertion par le travail n'est pas aisée, comme le souligne le directeur d'un ESAT interrogé : « *les handicapés psychiques sont à contre-courant de la logique économique des ESAT, ils sont souvent en congé maladie ... en règle générale, il faut deux de ces travailleurs pour faire la productivité d'un travailleur atteint d'un autre type de handicap* »

⁶⁴. Cette inadéquation entre l'offre et la demande se traduit aussi dans les activités proposées par les ESAT, ainsi, l'activité blanchisserie répétitive et bruyante est un facteur de décompensation connu à l'inverse de l'activité espace verts, plus calme. Enfin, ce sont les critères d'évaluation qui sont pointés, car, seule la règle selon laquelle tout travailleur ayant une productivité inférieure du tiers de celle d'un travailleur normal peut avoir le statut de personne handicapée travailleuse (PHT) existe.

Comme le résume ce directeur d'ESAT : « *les PHT psychiques rentrent à un bon niveau mais au final, ils prennent la place des bas niveaux ... il y a, à terme, un risque de sélection sur critère économique* »⁶⁵.

Les personnes en situation de handicap psychique en milieu ordinaire, de par la nature évolutive de leur handicap, peuvent être amenées à être hospitalisées en cas de décompensation.

C) Un handicap marqué par des périodes de décompensation

Les personnes en situation de handicap psychique sont le plus souvent sous un régime de protection juridique (tutelle/ curatelle) et peuvent faire l'objet d'une HSC. Le public adulte en milieu ordinaire ne faillit pas à la règle.

Néanmoins, ce public est le plus souvent réfractaire car sous la coupe d'un déni motivé par la maladie et la honte sociale d'un handicap qui n'altère en rien l'intellect de la personne. Comme l'affirme le témoignage d'un parent, membre de l'UNAFAM : « *dans certains endroits ruraux du Sud de la Saône-et-Loire, on sait qu'il y a moins de recours*

⁶⁴ Annexe 3 : entretien 3

⁶⁵ Id.

aux soins non pas parce qu'il n'y a pas de demande, mais parce qu'il y a une honte sociale autour ... mon fils m'a déjà qu'il ne voulait pas retourner chez les « gogols » ... bien que la Bourgogne soit un pays d'hospices, ça [le handicap psychique] reste mal vu »⁶⁶.

Les parents et les membres de services médicosociaux interrogés notent une certaine inertie de la part du champ hospitalier dans le secteur. Ainsi, il est souvent observé qu'il faut justifier la crise au centre 15 pour que cela ne soit pas perçu comme une hospitalisation de complaisance. Par ailleurs, il est reproché au CH de Mâcon d'enfermer l'utilisateur dans un « ping-pong » institutionnel – toutes les personnes interrogées avaient au moins une anecdote à ce sujet. En outre, il ressort des entretiens que le passage aux urgences est devenu un automatisme, en l'absence de délais de réponse efficace de la part des CMP/P, mâconnais, notamment.

Néanmoins, l'encadrement, même s'il semble réduire ces ruptures de parcours, ne les supprime pas totalement.

2.2.2 Le maillage institutionnel n'interdit pas les ruptures dans le parcours de soins

La rupture concernant le public adulte entre la psychiatrie et les ESMS constitue le cœur de ce mémoire. Le fait que ce public soit pris en charge au sein d'un établissement devrait normalement limiter significativement les ruptures de soins. Pourtant, force est de constater que ces ruptures dans le parcours de soin existent. Deux ruptures ont été identifiées. D'une part, il y a dans les établissements un trop faible recours aux soins psychiatriques (2.2.2.1) et d'autre part, une rupture du parcours de soin se fait sentir lors d'une ré-hospitalisation (2.2.2.2).

A) Le faible recours aux soins psychiatriques des établissements : un déficit de prévention de la décompensation qui entraîne une automatisation de l'hospitalisation en urgences

Ce faible recours aux soins psychiatriques est dû à deux facteurs ; la difficulté de contacter un psychiatre, aggravé par un recours aux CMP/P complexifié.

Il convient d'étudier la situation en distinguant :

- Les MAS et les FAM : ces ESMS comprennent un accompagnement médicalisé
- Les FDV : ces ESMS dépendant du conseil général souffrent le plus de l'absence de médicalisation

Les rares psychiatres ayant statut libéral ont, pour la plupart, une patientèle complète, il est donc difficile pour un ESMS, à moins de n'avoir le psychiatre dans son réseau

⁶⁶ Annexe 3 : entretien 6

informel, de lui soumettre un nouveau patient. La situation est encore plus complexe concernant la pédopsychiatrie.

Ainsi, la dernière alternative pourrait être constituée par les consultations au CMP. Néanmoins, comme cela a également été souligné, les deux CMP mâconnais se distinguent par le peu de visites à domicile qu'ils proposent, mais également, par leurs longs délais d'attente (70 jours en moyenne). Or, ces délais sont trop longs pour une orientation psychiatrique vécue comme urgente par le médicosocial. Il en découle une certaine incompréhension comme m'en a fait part un responsable psychiatrique : « *la psychiatrie demande une stabilisation de la personne, l'établissement veut qu'on l'aide à stabiliser cette personne ... il y a incompréhension mutuelle, surtout en période de crise ... on a l'impression d'être le placard du médico-social* »⁶⁷. La méconnaissance mutuelle des compétences et du rôle de chacun durant ces périodes de décompensation engendre une ambiance de travail délétère entre le médicosocial et la psychiatrie mâconnaise, qui n'est que renforcée par une différence de culture prégnante.

Ainsi, il en découle un recours à une automatisation de l'hospitalisation en urgence, faute de réponse alternative sur le territoire. Or, cet accueil aux urgences de Mâcon est l'objet de nombreuses critiques se traduisant le plus souvent en plaintes adressées à l'ARS.

B) La ré-hospitalisation, illustration du manque de communication et symptôme d'un parcours défaillant.

Ce « *ping-pong* » décrit par un directeur d'ESMS est majoritairement lié à un déficit de bonnes pratiques (a) à la fois dans la psychiatrie hospitalière (hôpitaux de nuit/ hôpitaux de jour) mais aussi dans le fonctionnement des CMP/P (b).

a) *Déficit dans le fonctionnement de la psychiatrie hospitalière*

Les trois parcours de l'urgence psychiatrique adulte dans le sud Saône et Loire au CH de Mâcon		
Examen psychiatrique et somatique aux urgences du CH Mâcon		
Usager asymptotique	Usager en crise	Usager en crise
Retour à domicile/ retour en établissement	Admission dans l'une des 4 unités psychiatriques du CH Mâcon : UPL/ UPC/ UPRS/ UPC 72h	Si sur-occupation ; transfert à Val-Dracy ou le CHS Sevrey à défaut
L'utilisateur est calmé mais pas soigné	Faible communication Dysfonctionnement des unités, en particulier de l'UPRS. Selon un responsable, cette unité n'est pas dans la réhabilitation sociale mais dans l'urgence perpétuelle »	Val-Dracy est à une heure de route Faible communication Certains parents d'utilisateurs remettent en cause son efficacité

Comme on l'a vu précédemment, le territoire sud se manifeste par l'exclusivité de son opérateur psychiatrique territorial qu'est le CH généraliste de Mâcon. Or, ce CH connaît

⁶⁷ Annexe 3 : entretien 5

une dotation en personnels psychiatriques et en équipements faible au vu du bassin de population à traiter.

Cette prise en charge, la plupart du temps insatisfaisante engendre des retours en hospitalisation, néanmoins, il ressort des entretiens avec le médicosocial, la psychiatrie, les parents d'usager et la direction de l'hôpital que la psychiatrie mâconnaise a ses « *usagers habituels des urgences psychiatriques ... ils connaissent les ambulanciers ... ils prennent ça pour un jeu mais c'est extrêmement fatiguant et frustrant pour les équipes de revoir la même bombe à retardement revenir trois heures après, sédaturée, mais pas stabilisée* »⁶⁸.

Enfin, un manque de communication entre les psychiatres du CH de Mâcon mais aussi avec leurs confrères libéraux est à signaler. De l'aveu même d'un membre de l'équipe de direction du CH, « *jusqu'à récemment Mâcon était mauvais en termes de communication* »⁶⁹. Cet avis est corroboré par le témoignage du directeur d'un ESMS qui a notamment évoqué le fait qu'un psychiatre hospitalier avait refusé de communiquer des informations sur un patient en crise qu'ils suivaient en commun⁷⁰. Le manque de communication de la psychiatrie mâconnaise s'inscrit dans un cadre de travail qui était jusqu'à récemment délétère et fermé. Ainsi, selon un responsable d'une unité psychiatrique mâconnaise « *jusqu'à récemment, on [en psychiatrie] était dans les années 70, certains changements sont inenvisageables par des psychiatres qui n'en font qu'à leur guise ... ils font la psychiatrie de papa, pour eux, c'est : mon lit, mon patient* »⁷¹. Cette ambiance de travail faisait également que les psychiatres ne participaient pas aux réunions de travail et ne prenaient pas le temps d'échanger avec les partenaires et les familles. La psychiatrie mâconnaise reste marquée par une absence de *leadership*, en effet, la moitié des services psychiatriques du CH de Mâcon n'avaient pas de chef en octobre 2014. En vue de pallier ce manque, la psychiatrie a été placée dans le giron de l'ambulatoire. Le cercle vicieux se referme lorsque l'on sait que la psychiatrie mâconnaise souffre de ses faibles effectifs et que son fonctionnement a un effet répulsif sur les jeunes psychiatres souhaitant s'installer.

Les familles et les partenaires du CH de Mâcon souffrent de ce manque de communication, en effet, le courrier de sortie n'est le plus souvent pas transmis lors de la sortie du patient ou lors d'une admission dans un autre établissement de santé comme la clinique Val-Dracy. Or, la non-utilisation de ce document crée de fait, des ruptures dans le parcours de soin ; ainsi, dans l'exemple cité plus haut, la transmission de ce courrier de Mâcon à Val-Dracy aurait pu permettre la mise en place d'un protocole médicamenteux

⁶⁸ Annexe 3 : entretien 1

⁶⁹ Annexe 3 : entretien 9

⁷⁰ Annexe 3 : entretien 3

⁷¹ Annexe 3 : entretien 5

adapté. Néanmoins, il convient de préciser que le prochain projet de loi de santé pourrait rendre obligatoire l'usage d'un tel document⁷².

Néanmoins, la situation s'est récemment améliorée, en effet, la récente réorganisation du pôle psychiatrie a eu pour effet d'insuffler des changements de pratique au sein de la psychiatrie mâconnaise. Tout d'abord, l'inclusion du pôle psychiatrique dans l'ambulatoire a pour effet de créer une transversalité somatique/ psychiatrique, ainsi, apporter de la cohérence au parcours de soin du patient. En outre, un nouveau chef psychiatrique a été désigné afin de faire vivre le projet de service et de faire de l'UPRS (unité psychiatrique de réinsertion sociale) un service axé sur la réhabilitation sociale. Enfin, les activités d'intérêt général (AIG) multiples - certains psychiatres en faisaient jusqu'à trois - sont désormais limitées afin d'apporter de la cohérence à l'action des psychiatres. Ces AIG concernaient le CH, ses CMP et les ESMS.

Ce déficit dans le fonctionnement de l'intra hospitalier se répercute sur l'extra hospitalier.

b) Déficit dans le fonctionnement des CMP adultes

Pour bénéficier d'une autorisation psychiatrique, les ESMS, notamment les ITEP, IME, MAS et FAM doivent avoir un psychiatre présent dans la structure. Néanmoins, force est de constater que devant l'absence de psychiatres libéraux et hospitaliers, les ESMS concernés n'ont que de faibles présences psychiatriques en leur sein, c'est pourquoi ils doivent pouvoir compter sur l'appui des trois CMP du territoire.

Néanmoins, ces trois CMP connaissent des carences :

- Rupture d'accompagnement de 13 à 20 ans pour les CMPP de Mâcon et Paray-le-Monial
- Délais d'attente supérieurs à 70 jours pour les CMP Mâconnais.
- Faible dotation en psychiatres et pédopsychiatres en général
- Peu de déplacements « hors des murs »
- Absence de communication entre les trois CMP adultes
- Absence de CATTP: l'absence de CATTP sur le territoire Sud Saône-et-Loire ne permet pas de combler l'accompagnement en pointillé des deux CMP Mâconnais en proposant au public handicapé psychique des activités de réadaptation et de réinsertion.

Pour cette étude, le CMP de Paray-le-Monial a été interrogé, il en résulte qu'en dépit du fait qu'il n'ait qu'un ETP de psychiatre et un bassin de population quantitativement équivalent, il dispose d'un fonctionnement davantage cohérent en comparaison aux deux structures mâconnaises. Cette efficacité se traduisant notamment dans des délais d'attente plus courts, peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

⁷² Art. 25 du projet de loi relatif à la santé (AFSX1418355L)

Travail pluridisciplinaire : Le responsable du CMP de Paray-le-Monial résume la situation en ces termes « *aux CMP de Mâcon, le psychiatre est un soliste, ici il est le chef d'orchestre* »⁷³. Ces mots font écho à un fonctionnement interne qui laisse la place à l'équipe pluridisciplinaire, de fait « *le psychiatre ne fait que 10% du parcours* »⁷⁴, il s'efface derrière le travail quotidien des psychologues et des IDE psy, il n'intervient que pour prescrire des traitements, pour les consultations et lors des deux réunions pluridisciplinaires hebdomadaires (l'une sur la psychiatrie générale, l'autre sur la pédopsychiatrie).

Non-automatisation du recours aux urgences : le travail pluridisciplinaire fait que les personnels paramédicaux quand ils sont confrontés à des difficultés avec un usager, peuvent se référer au psychiatre référent, notamment lors des réunions hebdomadaires. En revanche, il semblerait qu'à Mâcon, il y ait une automatisation du recours aux urgences, les paramédicaux ayant moins de contacts avec les psychiatres.

Non-dispersion des psychiatres : la psychiatrie mâconnaise a « *souffert d'un mélange des genres* »⁷⁵, en effet, la dispersion des psychiatres a eu pour effet de brouiller le rôle de chacun (aucun des 15 psychiatres et pédopsychiatres n'est praticien hospitalier à temps plein) et de provoquer « *un suivi des patients en pointillé* »⁷⁶. Bien que le fait que certains psychiatres soient présents à la fois sur l'intra et l'extrahospitalier puisse être facteur de décloisonnement, il n'en demeure pas moins que des effets pervers puissent apparaître. D'une part, selon certaines personnes interrogées, il pouvait arriver que des psychiatres soient pressés par leurs ESMS afin d'accepter un patient. D'autre part, l'omniprésence de certains psychiatres sur ces deux champs pouvait engendrer des syndromes de persécution chez certains usagers selon des parents interrogés.

Carence de travail concerté entre les trois CMP et les deux CMPP : Au-delà d'un faible taux d'équipement couplé à une carence de personnels médicaux, il n'en demeure pas moins que certains déficits sont subséquents à des pratiques inefficaces qui se sont pérennisées dans le temps.

Ces ruptures recouvrent plusieurs carences identifiées par la sociologie des organisations. Le manque de cohésion dans ces structures crée une prédominance de la hiérarchie informelle sur les relations de pouvoir prévues, ce qui aboutit à des dysfonctionnements dans la transmission d'information concernant les usagers. La répétition de ces agissements par l'effet de sentier engendre une inadaptation au changement de certains professionnels travaillant dans ce service. Cela ne fait que nourrir

⁷³ Annexe 3 : entretien 5

⁷⁴ Id.

⁷⁵ Id.

⁷⁶ Id.

l'absence de *leadership* ainsi que la non-attractivité de ce service pour les jeunes psychiatres – bouclant ainsi le nœud gordien.

Ces ruptures concernent aussi bien les personnes en situation de handicap psychiques adultes, que les enfants et les personnes âgées.

2.3 Focus sur deux publics spécifiques ; les mineurs et les personnes vieillissantes en situation de handicap psychique

Les enfants en situation de handicap psychique (2.3.1) et les PHV (2.3.2) constituent deux publics dont la prise en charge est rendue complexe tant par les manifestations de leur handicap que par l'offre de soins qui leur est proposée. Ces publics rencontrent les mêmes difficultés que le public adulte, néanmoins, les particularismes de celles-ci doivent être soulevés.

2.3.1 Un parcours infanto juvénile marqué par un faible taux d'équipement doublé d'un manque de personnels dédiés

Le handicap psychique se révèle à l'adolescence, avant, lors de la période de l'enfance, il est plus juste de parler de troubles psychiques, tant ces troubles ne se sont pas encore totalement extériorisés pour affecter les interactions sociales.

Comme on l'a vu précédemment, quatre ESMS prennent en charge les mineurs⁷⁷ atteints de troubles psychiques ; l'IME et l'ITEP, qui sont deux établissements ainsi que le SESSAD qui est un service médicosocial d'éducation et le CMPP, une structure sanitaire. Concernant l'aspect médicosocial, le taux d'équipement en IME et en ITEP est relativement satisfaisant, néanmoins, bien que ces deux établissements soient médicalisés, il n'en demeure pas moins qu'ils rencontrent de grandes difficultés à pourvoir leurs structures en pédopsychiatres. En effet, le territoire Sud Saône et Loire connaît une véritable pénurie en pédopsychiatrie ; la pédopsychiatrie intra/ extra hospitalière ne compte dans ses rangs que six spécialistes qui représentent 4.5 ETP, ces quatre types d'ESMS ne peuvent se partager que 1.5 ETP (au maximum), étant donné que l'offre en pédopsychiatrie libérale est très résiduelle dans le territoire sud Saône-et-Loire.

Enfin, pour ce handicap comme pour d'autres, se pose l'épineuse question des amendements Creton⁷⁸. Ce dispositif permettant le maintien en structure handicap enfant pour les usagers ayant dépassé la limite d'âge de 20 ans, se révèle particulièrement inadapté au handicap psychique. Les MAS sont les établissements les plus adéquats pour les handicaps psychiques profonds, pourtant le taux d'équipement dans le territoire sud est inférieur à la moyenne nationale⁷⁹. Par ailleurs, bien que le taux d'équipement de

⁷⁷ De 6 à 13 ans

⁷⁸ Art. 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 relative aux amendements Creton

⁷⁹ 0.6 contre 0.8 pour la moyenne nationale

des FAM – établissements les plus adaptées à la prise en charge de ce handicap - représente le double de la moyenne nationale⁸⁰, il n'en demeure pas moins, qu'en l'absence de structures d'appui, la problématique de l'accompagnement demeure. Ainsi, selon un directeur d'IME interrogé : « *il est difficile de trouver des places en FAM ou en MAS pour nos usagers en situation de handicap psychique ... sur cette problématique, on est amenés parfois à avoir recours à l'amendement Creton pour attendre qu'une place se libère ... durant cette attente, le handicap peut avoir le temps de s'aggraver* »⁸¹.

Actuellement, il existe deux CMPP (Mâcon-Nord et Paray-le-Monial), ils assurent une mission infanto-juvénile. Néanmoins, faute de personnels compétents, l'accompagnement commence à 6 ans, il s'arrête à 13 ans, et ne reprend qu'à 20 ans au CMP adulte, il en va de même pour l'hôpital de jour. Cette situation résulte d'un choix passé qui a été de mettre davantage de moyens sur la psychiatrie adulte générale. Ainsi, les CMP enfant sont deux fois moins bien dotés en psychiatries (8.2 ETP contre 4.4 ETP), le tout pour un nombre d'actes équivalents (16 000 contre 14 000).

Par ailleurs, dans leur fonctionnement, les CMP infanto juvéniles ne réalisent que 8 % de leurs actes hors les murs ; à domicile, en établissement médicosocial, à l'hôpital (unité somatique), en milieu scolaire. Ce chiffre est quatre fois inférieur à celui des trois CMP adultes (32%). De plus, seulement 1% des actes réalisés par le CMP enfant concernent des visites en établissements médico-éducatifs ou scolaires, ce faible taux engendre des difficultés dans le travail des SESSAD et dans les facultés d'apprentissage de l'enfant handicapé. En outre, il peut illustrer un certain manque de coopération entre le sanitaire et l'éducation nationale. Or, l'intégration par l'école est un facteur déterminant dans l'amélioration des troubles psychiques chez le mineur handicapé.

Par ailleurs, il est utile de rappeler que le territoire Sud Saône-et-Loire ne compte aucun lit en pédopsychiatrie complète.

Il en résulte que dans ce territoire, certains enfants connaissent une rupture de soins psychiatrique majeure entre 13 et 20 ans ; en effet, selon la problématique locale, ils se situent dans un *gap* ; trop vieux pour la psychiatrie infanto-juvénile et trop jeunes pour la psychiatrie générale.

Bien que cette situation ne concerne qu'un peu moins d'une centaine d'enfants, il n'en demeure pas moins qu'elle incarne une véritable rupture dans le parcours de soins car cet âge est une période charnière dans l'aggravation ou dans le rétablissement de ce handicap. Par ailleurs, les adolescents qui ne sont pas soignés aujourd'hui sont autant d'adultes handicapés psychiques en puissance.

⁸⁰ 1.3 contre 0.7 pour la moyenne national

⁸¹ Annexe 3 : entretien 1

Le manque d'offre de soins à cet âge engendre pour les parents ou pour les équipes médicosociales des déplacements, soit au CHS de Sevrey, soit au CPA de Bourg en Bresse, voire dans des établissements lyonnais. Cette situation n'est satisfaisante ni pour l'adolescent et ses proches, ni pour ses accompagnants.

Cette carence dans l'accompagnement concerne également les personnes en situation de handicap psychique vieillissantes (PHV).

2.3.2 Les personnes handicapées vieillissantes, une population parcellisée

Les personnes en situation de handicap, de par l'allongement de leur durée de vie qui est lié à l'amélioration des traitements et de leur accompagnement, sont confrontées aux problématiques de la vieillesse. Le rapport Blanc de 2006 pointe ce nouveau défi que constituent les personnes handicapées vieillissantes, il a également été repris par un rapport de la CNSA de 2010⁸². Selon ce même rapport, la PHV est une personne dont le handicap préexistait à sa situation de vieillesse. Les effets du handicap consistent en une baisse des capacités fonctionnelles, une augmentation du taux de survenue des maladies liées à l'âge, ainsi qu'une évolution de leurs attentes. Selon une enquête nationale menée par le GEPSO⁸³ en 2013, les deux tiers des EHPAD interrogés ont en leur sein des PHV, au sein de cette cohorte, 60% d'entre eux sont atteints de handicap mental ou psychique. Or, 80% de ces EHPAD n'ont pas d'unité spécifique, bien qu'ils essaient à 85% de combler ce manque par la création de projets de vie spécifiques.

Concernant les PHV, il existe une équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) rattachée au CH de Mâcon ainsi que trois structures spécialisées en Saône-et-Loire dont une seule est située dans le territoire sud. Cet EHPAD mâconnais présente la particularité d'avoir une unité de 37 places consacrée aux PHV psychiques, en outre, les cinq EHPAD publics annexés au CH de Mâcon semblent avoir en leur sein un taux important de PHV psychiques⁸⁴. Néanmoins, devant le peu d'informations disponibles sur cette thématique, un diagnostic mené par la DT ARS sera nécessaire afin de quantifier cette population.

La réalité de la majorité des PHV psychiques se situe dans le fait qu'elles sont dispersées dans une multitude d'EHPAD « généralistes », ils ne représentent qu'une part minime des effectifs de ces entités. Néanmoins, leur présence provoque des dysfonctionnements, comme cela a été évoqué en entretien avec un référent d'EHPAD : « *nous on ne sait pas faire ... on est amené à faire du bricolage qui est chronophage pour nous, peu efficace pour la personne concernée et perturbateur pour les autres usagers ... si aucune*

⁸² CNSA, *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médicosociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes*, octobre 2010, 70p.

⁸³ GEPSO, *Enquête relative à l'accueil des personnes en situation de handicap à l'EHPAD*, avril 2013, consulté sur apmnews.com, le 14/01/2015

⁸⁴ Entretien mené dans le cadre de la mise en place du CLSM Sud Bourgogne

réponse n'est donné, on pense faire un tri des dossiers lors de l'entrée en EHPAD »⁸⁵. D'autres difficultés existent. Il y a tout d'abord le regard des autres résidents qui se cumule avec l'inhabitude de la personne handicapée, habituée à un cadre de vie plus familial. Par ailleurs, l'accompagnement proposé par un EHPAD standard n'est pas adapté à ce type de public souvent plus jeune. Ces difficultés se répercutent notamment sur les personnels accompagnants qui font état d'une certaine impuissance résultant d'une méconnaissance mutuelle entre le secteur personnes âgées et le secteur personnes handicapées.

Les freins se situent, entre autres, au niveau de la formation des personnels d'EHPAD, qui n'ont pas de formation spécifique pour faire face à ce type de handicap.

En outre, la question de la détection du handicap se pose, en effet, la PHV peut être confondue avec des troubles liés à l'âge comme Alzheimer, la démence sénile, etc.

Enfin, se pose un problème dans l'articulation des dispositifs médicosociaux personnes âgées avec le sanitaire. Quand il y a une volonté de réorientation de la PHV psychique, les délais de réponse de la part des CMP mâconnais sont longs pour les équipes des EHPAD. Or, un tel ESMS n'est pas une structure orientée sur le trouble psychique, d'où la frustration provoquée par des délais d'attente.

En outre, à l'issue du délai, les CMP demandent aux EHPAD de stabiliser la personne avant de la leur transmettre, or les équipes ne sont pas formées à cette problématique. Les mêmes difficultés de communication existent avec le CH de Mâcon dont la prise en charge aux urgences paraît insatisfaisante aux interlocuteurs en lien avec les PHV.

Aux termes de l'étude de ces freins ; il apparaît que cinq problématiques causales émergent :

- Faible démographie médicale, somatique mais surtout psychiatrique.
- L'embolisation de la psychiatrie intra et extrahospitalière ; de par son faible taux d'équipement et une organisation interne qui pourrait être améliorée, l'accès à l'offre de soin psychiatrique est complexifiée. Cette complexité atteint son paroxysme avec l'absence d'accompagnement sanitaire pour les adolescents (0-13 ans) en situation de handicap psychique mais aussi avec les PHV qui ne bénéficient pas de réponse spécifique.
- Le partage d'information entre les acteurs est défaillant la plupart du temps, il engendre des déperditions d'information qui sont à la fois chronophages pour les professionnels et néfastes pour le parcours du patient. En outre, ce manque de communication place les aidants à l'écart du parcours de soin alors que leur place est essentielle, notamment pour les usagers en milieu ordinaire.

⁸⁵ Id.

- Ce manque de communication affecte en premier lieu l'interaction entre le sanitaire et le médicosocial, or il s'agit d'un public frontière, une expertise commune est nécessaire.
- La multiplicité des parcours dans l'interaction du médicosocial vers le sanitaire engendre une complexification de la prise en charge.

Les fractures citées ici concernent aussi bien, toutes les classes d'âge, que les différents modes d'accompagnement – en établissement ou service.

Ces multiples facteurs font que la psychiatrie dans le Sud Saône-et-Loire rencontre des difficultés pour mener sa mission d'accompagnement à bien ce qui se traduit dans une prise en charge distancée et espacée. Il est difficile pour les acteurs psychiatriques d'accorder un suivi à des personnes en situation de handicap psychique qui pourtant se manifestent par une évolution – ici négative – de leur état. Il en résulte une offre de soins inadéquate à la demande.

Afin de remédier à de telles difficultés, plusieurs pistes, en termes de planification notamment, peuvent être mises en œuvre.

3 DES PRECONISATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LE SUD SAONE-ET-LOIRE

La partie précédente a démontré que des ruptures spécifiques au sud de la Saône-et-Loire existent dans le parcours de soins de la personne en situation de handicap psychique. Ces ruptures sont également présentes au niveau national, c'est pourquoi, le second Plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015) a développé quatre axes afin de prévenir les ruptures :

- Au cours de la vie de la personne, qu'il s'agisse d'un usager mineur, adulte ou vieillissant.
- Selon les publics et les territoires, en prenant en considération l'offre médicosociale et sanitaire.
- Entre la psychiatrie et l'environnement social de l'usager, que celui-ci soit en établissement médicosocial ou suivi par un service en milieu ordinaire.
- Entre les savoirs : faire en sorte de développer un réseau de savoir sur le handicap psychique nourri par les acteurs institutionnels et les proches d'usagers.

Au plan régional, le DGARS de Bourgogne a arrêté un Projet Régional de Santé (2012-2016) quinquennal⁸⁶, celui-ci comprend six cahiers dont le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) et le Schéma Régional d'Organisation de Soins (SROS), ce dernier est accompagné d'un volet concernant la psychiatrie et la santé mentale. Etant donné que ce mémoire porte à la fois sur le handicap (médico-social) mais aussi sur la psychiatrie (sanitaire), ces deux documents concernent l'accompagnement du handicap psychique. Afin d'intégrer au mieux les préconisations dans ces schémas régionaux, il convient d'étudier les objectifs qu'ils dégagent sur la problématique de l'articulation des soins.

SROS Bourgogne 2012-2016 : volet psychiatrie et santé mentale	SROMS Bourgogne 2012-2016
<p align="center"><u>Objectif général 1</u></p> <p>Fluidifier le parcours des patients atteints de maladie mentale intra/extra hospitalier</p>	<p align="center"><u>Objectif spécifique 6.6</u></p> <p>Favoriser l'articulation des ESMS et des secteurs de pédopsychiatrie dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques importants et de l'autisme</p>
<p align="center"><u>Objectif général 2</u></p> <p>Adapter l'organisation régionale pour répondre à la prise en charge des personnes relevant de soins sans consentements.</p>	<p align="center"><u>Objectif spécifique 7.5</u></p> <p>Sensibiliser les aidants et les intervenants à domicile au repérage des situations à risque notamment pour les personnes en situation de handicap psychique.</p>
<p align="center"><u>Objectif général 3</u></p> <p>Résoudre le problème de sur occupation des lits en psychiatrie, notamment en Saône-et-Loire</p>	<p align="center"><u>Objectif spécifique 8.2</u></p> <p>Renforcer certains SAMSAH prenant en charge des personnes en situation de « handicap</p>

⁸⁶ Art. L.1434-1 du Code de la Santé Publique

	psychique » avec des professionnels du secteur sanitaire
	<u>Objectif général 12</u> Répondre de manière spécifique à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques

Les préconisations qui vont suivre ont été classées en quatre axes, elles ont pour objet de répondre aux principales ruptures de parcours. Elles visent à concerner le plus possible d'usagers concernés par cette problématique, mais également de se situer dans un cadre budgétaire contraint. Enfin, ces préconisations ont pour objet d'améliorer cette problématique avec des ressources infra territoriales au Sud Saône-et-Loire, en effet, le territoire Nord Saône-et-Loire rencontre lui aussi des difficultés en termes d'accompagnements.

3.1 Mettre en place des formations sur le handicap psychique afin d'améliorer la connaissance du handicap psychique des acteurs territoriaux

Comme on a pu l'étudier lors de la théorisation du concept de handicap psychique, ce handicap tranche avec l'habituel handicap mental, cœur de métier du champ médicosocial. Comme l'a résumé un acteur interrogé : « *l'arrivée du handicap psychique a mal été vécue par le médicosocial ... ce handicap parle de suicide, il s'exprime par la violence ... il n'y avait pas ça avant avec le handicap intellectuel* »⁸⁷. Ce handicap est également peu connu de la part des professionnels de santé somatiques et du grand public en règle générale. La formation constitue un levier d'action permettant de lever ces angoisses, en outre, elle permet de créer une émulation synergique, les formés pouvant devenir formateurs. Ces formations peuvent s'adresser à trois types de public : les professionnels de santé (3.1.1), les acteurs médico-sociaux (3.1.2) et les aidants des usagers (3.1.3).

3.1.1 Les formations pour les professionnels de santé

Il est souvent exprimé le regret que les professionnels de santé somatiques soient focalisés sur le facteur clinique et non pas sur le suivi humain. Les formations prodiguées aux professionnels de santé au niveau national illustrent cette prédominance du clinique.

La mise en place d'une formation au plan local, pourrait être soutenue par les psychiatres du CH de Mâcon assistés de leurs collègues du CHS de Sevrey, elles pourraient alors prendre place dans l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Mâcon et s'inscrire dans une convention de coopération.

⁸⁷ Annexe 3 : entretien 3

Ces formations pourraient être utiles d'une part, en termes de détection, pour les médecins généralistes qui sont en première ligne, notamment dans les territoires ruraux. D'autre part, ces formations pourraient se révéler efficaces afin d'éviter le refus de soins qui peut être motivé notamment par l'angoisse des réactions imprévisibles subséquentes à ce handicap.

3.1.2 Les formations spécifiques pour les professionnels médicosociaux

Avec la loi du 11 février 2005 et la reconnaissance du handicap psychique, les structures médicosociales ont vu arriver un afflux de patients nouveaux dont la nature du handicap était très différente de celle à laquelle ils étaient habitués. Ces difficultés ont été accrues par des orientations de la part de la MDPH par défaut, en effet, certaines situations sont inadéquates avec le type d'accompagnement proposé.

Ces formations pourraient s'inscrire dans le même cadre que celles proposées pour les professionnels de santé. Néanmoins, certaines problématiques pourraient être approfondies.

D'une part, la problématique du handicap psychique au moment de l'adolescence pourrait faire l'objet d'une formation de la part d'un pédopsychiatre du CH de Mâcon. En effet, le territoire sud est marqué par une rupture importante concernant le public handicapé psychique entre 13 et 20 ans, or, il s'agit de l'âge où le trouble psychique se mue en handicap. Ces formations pourraient porter sur la réaction à adopter en cas de décompensation, expliquer le recours aux urgences psychiatriques mais également d'expliquer la délimitation des champs de compétences propres aux champs psychiatriques et médicosociaux.

D'autre part, une formation spécifique pour les personnels d'EHPAD pourrait être prévue, en effet, les PHV psychiques sont disséminées dans de nombreux EHPAD et les personnels sont en demande de formation afin d'avoir une alternative à l'automatisme de l'urgence psychiatrique.

Enfin, l'idée des stages croisés entre la psychiatrie et le médicosocial est à renforcer, en effet, comme on a pu le voir, des tensions réciproques sont nées du fait d'incompréhension autour du rôle et des compétences de chacun autour du handicap psychique. Comme cela s'est fait entre le CHS de Sevrey et GCSMS Hesperia 71⁸⁸, dans le territoire nord, un accord cadre pourrait être conclu entre le CH de Mâcon et les ESMS du territoire sud afin que leurs acteurs apprennent à se connaître en dehors de l'urgence et développer une culture de réseau.

⁸⁸ Convention entre le CHS Sevrey et le GCSMS 71 Hesperia

3.1.3 Les formations pour les aidants

Longtemps mis au ban du parcours de soins de la personne handicapée psychique, les aidants constituent actuellement une part importante dans le parcours de soins car ils sont à la jonction de ce dernier et du parcours de vie.

Ces formations pourraient prendre la forme de formations « Pro Famille » ou des « ateliers prospect ». Ces formations ont pour objet, d'une part, d'apprendre aux proches comment se comporter face à certains symptômes (déli, agressivité, dépression, etc.) et d'autre part, de réduire le stress qui leur incombe (culpabilité, fatigue, abattement, etc.)

Les formations ont l'avantage d'être efficaces, peu coûteuses, portées par le fonds d'intervention régional (FIR) et rapidement mises en place par le biais de conventions de coopération. Ces formations pourraient être portées conjointement par la DT ARS et le CG de Saône-et-Loire.

Elles partent de l'idée selon laquelle la prévention - en interfiliarité - permet d'éviter des ruptures de soins.

En outre, elles sont également vectrices d'une meilleure communication entre les acteurs concernés par la problématique de l'accompagnement du handicap psychique.

3.2 Décloisonner le dialogue des acteurs gravitant autour du handicap psychique

La communicabilité déficiente de certains acteurs est un point qui a été soulevé à maintes reprises tant dans les entretiens que dans le questionnaire. Pourtant, la communication autour de la problématique de l'accompagnement du handicap psychique est une donnée essentielle. En effet, d'une part ce handicap est à la frontière du sanitaire et du médicosocial. D'autre part, il implique une multiplicité d'acteurs issus de cultures professionnelles diverses : sanitaire, médicosocial, ARS, cohésion sociale, éducation nationale, etc. Enfin, ce handicap étant méconnu du grand public, changer le regard de ce dernier pourrait être un premier pas dans le parcours de soins, comme le préconise la charte Romain Jacob (2014)⁸⁹.

La meilleure communication pourrait passer par trois facteurs : la nomination de référents handicap psychique (3.2.1), l'unification du système d'information autour de ce handicap (3.2.2), enfin, l'utilisation des outils pouvant être mis en place autour des CLSM (3.2.3).

3.2.1 Recruter des référents handicap psychique

L'embauche de « référents handicap psychique » pour le territoire sud Saône-et-Loire pourrait faciliter le partage de compétences mais également l'échange autour de problématiques liés à certaines situations individuelles complexes.

⁸⁹ Charte nationale Romain Jacob du 16/12/2014

Le référent envisagé ici serait un facilitateur capable de mobiliser les ressources internes et externes autour du parcours de vie des personnes en situation de handicap qu'il suit. Cette utilisation pourrait être particulièrement utile pour les six SAVS du territoire qui rencontrent des difficultés à gérer ce handicap car ils n'ont que deux SAMSAH sur lesquels s'appuyer. Par ailleurs, ce référent tient un rôle de personne ressource, il capitalise son expérience qui peut être réutilisée lors des formations présentées dans le (3.1).

Il conviendrait de recruter 3 ETP de référents chargés des cas complexes (1 ETP par secteur psychiatrique). Ils pourraient avoir une fonction de gestionnaires de cas qui aurait pour objectif notamment de proposer des alternatives médicosociales à l'hospitalisation psychiatrique longue. Ces professionnels pourraient être rattachés à un réseau de médecins préexistant. Ces 3 ETP peuvent être financés par des crédits FIR car il s'agit d'un dispositif territorialisé, nécessaire, faisant l'objet d'une haute priorité.

3.2.2 Unifier le système d'information autour du handicap psychique afin d'éviter les déperditions de renseignements

La confiance dans un système d'information est condition *sine qua non* d'un bon accompagnement en interfiliarité. En effet, le handicap psychique se manifeste par la multiplicité d'acteurs gravitant autour de cette thématique (psychiatrie, somatique, médicosocial, administratif, etc.). Si chaque acteur ne centralise pas les informations dont il dispose sur le patient, il en découle une parcellisation du savoir qui débouche sur une prise en charge non efficiente.

La création d'un document local de liaison unique entre la médecine de ville et l'hôpital pourrait réduire sensiblement les déperditions d'information lors d'une prise en charge en urgences psychiatriques, il améliorerait aussi l'interaction entre le service de psychiatrie complète et les CMP/P présents sur le territoire. Ce document pourrait s'appuyer sur une messagerie électronique préexistante. Le socle de ce document pourrait être un système informatique commun entre les différents établissements de santé du département (notamment le CH de Mâcon, clinique du Val-Dracy et le CHS Sevrey).

Ce document de liaison devra être validé par la commission nationale informatique et liberté (CNIL) et faire l'objet d'une véritable utilisation par les professionnels. Ce réseau à accès restreint pourrait être utilisé par les médecins et certains IDE psy. Le réseau informatique sur lequel repose cette proposition étant déjà existant, il ne reste qu'à l'étendre aux problématiques psychiques, son coût et son délai d'action pourraient être restreints. Ces deux préconisations pourraient faire l'objet de conventions entre les trois établissements de santé concernés.

3.2.3 Mettre en place une astreinte téléphonique ainsi que d'autres outils de communication

Le contexte actuel du territoire Sud Saône et Loire est marqué par la naissance de deux CLSM ; l'un dans le secteur de Paray-le-Monial (ouest) et celui du Pays Sud-Bourgogne (est). Outre le fait de réunir les professionnels d'un territoire autour de la problématique de la santé mentale, le CLSM peut amener dans son sillage plusieurs outils pratiques.

Concernant la mise en place d'un numéro de téléphone sur le handicap psychique, plusieurs scénarii sont possibles :

- ✓ SOIT, un numéro vert destiné au grand public ouvert uniquement en journée, il peut être animé par les référents handicap psychique, il a pour objet d'informer.
- ✓ SOIT, un téléphone d'astreinte (24/ 24h) réservé aux professionnels de santé, ESMS et aidants, il peut être animé par le psychiatre d'astreinte aux urgences du CH de Mâcon ou à défaut un IDE psy. Ce téléphone a pour objet de donner des conseils en cas de crise ainsi que sur l'utilisation des HSC. Le degré de réponse est haut.

En outre, une plaquette d'information peut être mise à disposition dans les salles d'attente des médecins, dans les pharmacies, aux urgences, par voie de presse, etc. Cette plaquette devrait contenir des postures à adopter en cas de crise ainsi qu'un annuaire exhaustif des professionnels en lien avec le handicap psychique.

Enfin, des rencontres intersectorielles autour du handicap psychiatrique peuvent être organisées dans le cadre du CLSM. L'objet de ces rencontres serait pour chacun de mieux identifier les acteurs, connaître ses missions, ses compétences, connaître ses attentes et ses contraintes. Elles pourraient concerner les champs psychiatriques, médicosociaux, paramédicaux, les familles, l'éducation nationale, la justice et la cohésion sociale. En effet, associer le secteur social est important car le parcours de soin s'insère dans le parcours de vie, qui peut mener au rétablissement. Ainsi, créer davantage de liens avec la cohésion sociale pourrait permettre un meilleur accompagnement de cette population précaire, notamment lorsqu'elle vit en milieu ordinaire.

Néanmoins, ce qui demeure la principale préconisation est liée au problème majeur du territoire sud Saône-et-Loire, il s'agit de l'inadéquation de l'offre de soins à une population cible.

3.3 Améliorer l'organisation territoriale de l'offre de soins par la désymbolisation de la filière hospitalière

Comme on a pu l'observer tant dans le diagnostic (1) que dans l'analyse des ruptures (2), l'offre de soins dans le territoire sud Saône-et-Loire souffre de deux maux. D'une part, depuis le retrait du CPA de l'Ain et la récupération de ce territoire par le CH généraliste de

Mâcon, une inadéquation de l'offre (psychiatrique notamment) quant à l'accompagnement de ce handicap est observée. D'autre part, bien que le taux d'équipement médicosocial soit satisfaisant, le maillage territorial et la démographie des professionnels de santé étant en déficit, ils n'ont pu constituer un refuge contre l'inadéquation de l'offre de soins. Il conviendrait d'associer les acteurs somatiques et psychiatriques autour du handicap psychique, car il y a interdépendance entre ces deux champs (3.3.1). Par ailleurs, une réorganisation de l'offre de soins psychiatrique pourrait être nécessaire afin de rendre possible un redéploiement des moyens, vecteur d'un meilleur accompagnement (3.3.2).

3.3.1 Développer des coopérations somatiques autour du handicap psychique

Améliorer l'offre somatique pour les personnes handicapées est une préconisation forte de la Charte Romain Jacob (2014). Cette préconisation prend un sens particulier car, comme on l'a vu, la démographie médicale somatique, même si elle ne connaît pas une carence telle qu'on a pu observer en psychiatrie, connaît un déficit. Par ailleurs, il existe une corrélation particulière entre psychique et somatique dans le handicap psychique. En effet, les personnes en situation de handicap psychique sont souvent des personnes en mauvaise santé (problèmes cardiaques, diabète, etc.) du fait, notamment, des traitements qui leur sont prescrits. Enfin, ces mêmes médicaments peuvent engendrer des dommages perceptibles physiquement (perte des dents, des cheveux, prise de poids, etc.), or, l'image de soi dans ce handicap est primordiale. Il faut éviter que ces médicaments, pour la plupart nécessaires, n'enferment les usagers dans un cercle vicieux.

Il faut tâcher de développer les conventions entre les médecins généralistes et les CMP/P, en effet, la médecine de premier recours est en première ligne s'agissant du handicap psychique. Ce sont les médecins généralistes qui, au plus proche de la population, détectent des situations pouvant devenir problématiques, qui plus est, si la personne est dans le déni.

Ces conventions peuvent également avoir comme socle les réseaux de soins ambulatoires. Cela pourrait prendre la forme d'un groupement de coopération social et médicosocial (GCSMS)⁹⁰ santé mentale sud Saône-et-Loire pouvant permettre de mutualiser les personnels psychiatriques entre le CH de Mâcon, les CMP/P, le CH de Paray-le-Monial, et les ESMS.

Le décloisonnement du psychiatrique et du somatique dans le parcours de soins de la personne en situation de handicap psychique passe également par une réorganisation de l'offre de soins psychiatriques.

⁹⁰ Art. L. 312-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles

3.3.2 La réorganisation géographique de l'offre de soin psychiatrique

Cette préconisation passe par trois axes : un redécoupage de la sectorisation psychiatrique (3.3.2.1), un changement dans les pratiques médicales via l'utilisation de la télépsychiatrie (3.3.2.2), la création d'une véritable voie de recours à l'hospitalisation complète (3.3.2.3).

A) Repenser la sectorisation psychiatrique en Saône-et-Loire

L'offre de soins psychiatrique en Saône-et-Loire se manifeste, d'une part, par son déficit et d'autre part, par son hétérogénéité. En effet, les deux pôles d'offre de soins sont Mâcon et Paray-le-Monial, à titre de rappel, ces deux villes sont distantes de plus d'une heure. Ce positionnement cumulé à une quasi absence de psychiatres libéraux dans les autres cantons fait que l'accès aux soins psychiatriques est rendue difficile pour une partie de la population.

Concernant la sectorisation de la psychiatrie, celle-ci relève d'un arrêté du DGARS. Il existe actuellement trois secteurs psychiatriques : Mâcon Nord (G06), Mâcon Sud (G07) et Paray-le-Monial (G08), tous dépendent du CH généraliste de Mâcon.

Plusieurs scénarii de regroupements sectoriels pourraient accroître l'efficacité des soins psychiatriques :

- ✓ SOIT, regrouper les secteurs adultes Mâcon-Nord (G06) et Mâcon-Sud (G07): cela permettrait de regrouper les deux CMP adultes mâconnais, créant ainsi un grand CMP pivot. Par ailleurs, cela ouvrirait la possibilité de désenclaver les cantons Clayette et Chauffailles qui forment une enclave dénuée d'offre psychiatrique libérale.
- ✓ SOIT, regrouper les secteurs Nord et Sud Saône-et-Loire : cela permettrait un pilotage de la psychiatrie centralisé par le CHS Sevrey, spécialisé dans la psychiatrie. Dans les faits, le CH de Mâcon garderait son service et les CMP/P resteraient sur leur secteur. Cette centralisation faciliterait la mutualisation des moyens ainsi que le développement d'outils d'information partagés. Cette solution lourde de conséquences n'est à envisager que si les dysfonctionnements persistent dans le sud Saône-et-Loire.

Le premier scénario semble préférable car il s'agit d'une réorganisation épousant les besoins urgents de ce territoire. La réorganisation géographique passe également par une réflexion autour de l'exercice de la psychiatrie.

B) Favoriser le développement de la télé psychiatrie entre Mâcon et Paray-le-Monial

Etant donné que le CH de Mâcon regroupe la quasi-totalité des psychiatres de ce territoire, qu'ils sont en sous-effectif et que Paray-le-Monial est éloigné de plus d'une heure de Mâcon, la télépsychiatrie fait sens.

Cette télépsychiatrie peut prendre deux formes :

- ✓ SOIT, elle consiste en une téléconsultation prodiguée par un psychiatre à un usager
- ✓ SOIT, il s'agit d'une expertise apportée aux professionnels lors d'un entretien d'évaluation, par exemple.

La télépsychiatrie pourrait être organisée au sein du CH de Mâcon afin de soulager le CMP/P de Paray-le-Monial. Des expérimentations concluantes ont eu lieu au CH de Tournus (territoire Nord), l'opérationnalité d'un tel service pourrait être rapide.

Malgré tout, deux contraintes sont à signaler. D'une part, cette solution pourrait convenir à des handicapés psychiques relativement jeunes mais pourrait se révéler inadéquate pour des usagers d'un certain âge, habitués à voir leur médecin. D'autre part, elle peut rencontrer l'opposition des psychiatres qui pourraient craindre une altération du lien avec le patient.

C) Favoriser la psychiatrie extra hospitalière afin de permettre un redéploiement de moyens humains

Le développement d'une véritable alternative à l'hospitalisation complète consécutive à un redéploiement de moyens doit être précédé d'une réévaluation des besoins de la psychiatrie complète.

Ce diagnostic territorial peut être opéré par une équipe déléguée par l'ARS Bourgogne composée d'un binôme médical et administratif. Sa mission sera d'évaluer dans les quatre unités que compte la psychiatrie complète au CH de Mâcon : quel usager relève d'un accompagnement psychiatrique et qui relève d'un accompagnement médicosocial afin d'ouvrir un dossier MDPH, le cas échéant.

En effet, il est important de souligner que 25% des lits en psychiatrie complète en France sont occupés par des patients au long cours⁹¹ (hospitalisation supérieure à 292 jours par an), parmi eux, plus de 50% souffrent de troubles schizophréniques qui peuvent être rapprochés d'un handicap psychique⁹². Cette population, souvent masculine, âgée de 30 à 50 ans est celle faisant l'objet du moins de réévaluation psychiatrique, parmi eux, certains ne relèvent plus de l'hôpital⁹³. Sur le plan local, cette sur occupation chronique a dénaturé la mission première de certaines unités qui ne travaillent que dans l'urgence, tel l'UPRS⁹⁴. Par ailleurs, l'hôpital n'est pas un lieu de vie, une réorientation vers l'hôpital de jour ou un accompagnement médicosocial peut être souhaitable pour ces usagers mais

⁹¹ Coldefy, M, Nestrige C, *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie, analyse des déterminants de la variabilité territoriale*, Questions d'économie de la santé, N°202, octobre 2014 pp.1-8, consulté sur Irdes.fr, le 05/01/2014

⁹² Données RIM-P

⁹³ Berichel, Duhamel, *Mission nationale d'appui en santé mentale*, 2011

⁹⁴ Annexe 3 : entretien 9 : « L'UPRS ne peut pas jouer son rôle de réinsertion sociale »

également pour la psychiatrie qui se verra désenclavée et ses personnels allégés d'une charge de travail certaine.

Néanmoins, l'importance des résultats d'un tel diagnostic est à relativiser ; en effet, de par, son faible taux d'équipement en lits psychiatriques et son taux satisfaisant en ESMS, le sud Saône-et-Loire connaît deux facteurs pouvant atténuer le nombre d'utilisateurs au long cours⁹⁵. Malgré tout, devant la faible offre de soins, un tel diagnostic est nécessaire. Celui-ci pourra également être lancé dans certains EHPAD du territoire afin de déterminer quels usagers sont des PHV.

Il faut par conséquent établir un diagnostic sur ces « *bed blockers* » afin de déterminer combien d'ETP (psychiatres, IDE psy, psychologues) peuvent être économisés et redéployés sur l'hôpital de jour et les CMP/P. La réduction du nombre d'hospitalisations longue durée, afin de les transformer en hospitalisation de jour, permettrait de dégager du temps de personnel sur les plages du week-end et de les redéployer en particulier sur les « CMP/P mâconnais renforcés » qui pourraient ouvrir en soir et week-end, à l'image de certains CMP de la Nièvre.

Deux précisions sont à apporter sur le redéploiement de moyens humains. D'une part, ce redéploiement concernerait en premier lieu les CMP/P mâconnais (selon le scénario retenu en 3.3.2.1.) car le CMP/P de Paray-le-Monial, qui fonctionne actuellement de manière satisfaisante, pourrait être appuyé par de la télé psychiatrie. En outre, c'est dans le bassin de vie mâconnais que se concentre la majorité des ESMS du sud Saône-et-Loire, il convient donc de rapprocher l'offre des besoins, notamment concernant la pédopsychiatrie.

Par ailleurs, la délégation de tâches pourrait compléter le redéploiement de moyens consécutif à la transformation de la psychiatrie complète citée plus haut. Cette délégation pourrait être confiée par les psychiatres aux psychologues, éventuellement aux IDEpsy dotés d'une bonne expérience dans le domaine, afin de réaliser notamment les pré-entretiens d'orientation. Une telle mesure est notamment présente dans le SROS Aquitaine⁹⁶ et fait l'objet d'une proposition⁹⁷ dans le rapport Piveteau de 2014. Cette délégation de tâche doit être candidate devant la haute autorité de santé (HAS) par une équipe régionale bourguignonne afin de bénéficier de son accord. Ainsi, sa mise en application pourrait être retardée dans le temps.

⁹⁵ Coldefy, M, Nestrigue C, L'hospitalisation au long cours en psychiatrie, analyse des déterminants de la variabilité territoriale, Questions d'économie de la santé, N°202, octobre 2014 pp.1-8, consulté sur Irdes.fr, le 05/01/2014

⁹⁶ ARS Aquitaine, SROS 2012-2016, p.73

⁹⁷ Rapport Piveteau, « Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans ruptures, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » du 10/06/2014, p.77

Le redéploiement de moyens, accompagné de l'autorisation de délégation de tâche pourrait permettre aux CMP/P de Paray-le-Monial et de Mâcon Nord de combler la cassure dans l'accompagnement pédopsychiatrique existant entre 13 et 20 ans. Cet accompagnement est crucial car il s'agit d'un investissement sur l'avenir, les jeunes connaissant des troubles psychiques, s'ils sont soignés, accroissent leurs chances de ne pas nourrir cette problématique pour les années à venir.

En outre, les CMP/P de Saône-et-Loire pourraient voir leurs horaires étendus par un système de garde les soirs de la semaine ainsi que le samedi en journée. Il s'agit d'une demande prégnante des acteurs de terrain⁹⁸. En effet, la faible accessibilité des CMP/P, notamment mâconnais a souvent été dénoncée par les acteurs locaux. Sur les plages horaires étendues, un accompagnement décloisonné pourrait être proposé, le but étant que les usagers à domicile ou en établissement ne se retrouvent pas sans alternative en soirée et week-end. Le fait qu'une oreille attentive puisse recevoir des appels et procéder à des consultations permettrait de réduire significativement l'automatisation du recours aux urgences psychiatriques mâconnaises. Ce redéploiement faciliterait l'émergence d'une véritable pédopsychiatrie extra hospitalière.

Enfin, il sera plus facile pour les CMP/P de faire davantage de visites à l'extérieur grâce au soutien des EMP ainsi que des différents réseaux de santé pluridisciplinaires.

Le soutien aux CMP adultes passe par deux préconisations :

- Renforcer l'équipe mobile géronto-psychiatrique (EMGP) chargée, d'une part, d'aider à l'accompagnement des PHV en EHPAD, et d'autre part, d'assurer la gestion de situations de crise. Le CH de Mâcon dispose déjà d'une autorisation EMGP, l'opérationnalité de ce dispositif pourrait être raisonnable.
- Concernant les établissements médicosociaux, une convention de coopération pourrait être conclue entre le CH de Mâcon, les quatre FAM et la MAS du secteur sud Saône-et-Loire afin de renforcer la présence psychiatrique à raison de quelques heures par mois, dans le but notamment de mettre les traitements des usagers à jour.

Ces équipes mobiles peuvent être pilotées par un psychiatre, ou, par défaut par un IDE psy ou un psychologue doté d'expérience sur le domaine. Leur financement pourrait se réaliser par des crédits MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation)⁹⁹.

⁹⁸ Annexe 3 : entretiens 1,2,4

⁹⁹ Ministère de la santé et des affaires sociales, Circulaire DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

La mise en place de CMP renforcés assistés d'EMP efficaces pourra réduire sensiblement le recours automatique aux urgences pour les personnes en situation de handicap psychique.

La réorganisation de l'offre extra hospitalière a pour objet de proposer un suivi plus régulier, notamment pour les personnes en situation de handicap psychique vivant en milieu ordinaire. Ce suivi plus fréquent présente deux avantages : d'une part, il permet de baisser les risques de décompensation, d'autre part, lorsque celle-ci est inévitable, au moins peut-elle être anticipée par la proposition à l'utilisateur d'une hospitalisation de courte durée (séjour de rupture).

Néanmoins, il faut également penser à agir sur la psychiatrie intra hospitalière car toutes les décompensations ne sont pas évitables.

3.4 Améliorer l'offre psychiatrique hospitalière afin d'éviter de futures ré hospitalisations

L'amélioration de l'offre psychiatrique hospitalière passe par une voie qualitative (3.4.1) mais également par l'attribution de moyens quantitatifs (3.4.2).

3.4.1 Créer un protocole de prise en charge spécifique aux urgences psychiatriques de Mâcon

Tout d'abord, un protocole d'accueil aux urgences entre le CH de Mâcon et les ESMS doit être élaboré. En effet, le passage aux urgences, notamment lors des phases de crises, constitue un point de tension important entre les sphères médicosociales et psychiatriques. Ce protocole d'accueil pourrait prévoir: si le passage est prioritaire aux urgences (y compris hors HSC) pour les usagers d'ESMS, si un box spécifique est mis à disposition, qui peut accompagner l'utilisateur, à quels types de personnels transmettre les informations sur son état de santé, qui prévient les proches, etc.

Ce protocole pourrait être élaboré par un groupe de travail paritaire sanitaire/médicosocial, sa mise en place pourrait être rapide.

3.4.2 Créer des lits et des places en pédopsychiatrie au centre hospitalier de Mâcon

Enfin, la dernière préconisation concerne l'augmentation du taux d'équipement de la pédopsychiatrie au CH de Mâcon. Bien que ce taux soit également déficitaire concernant la psychiatrie adulte, le redéploiement de moyens humains sur les CMP/P et les ESMS, ainsi que le meilleur suivi qu'il induirait, pourraient permettre de solutionner cette

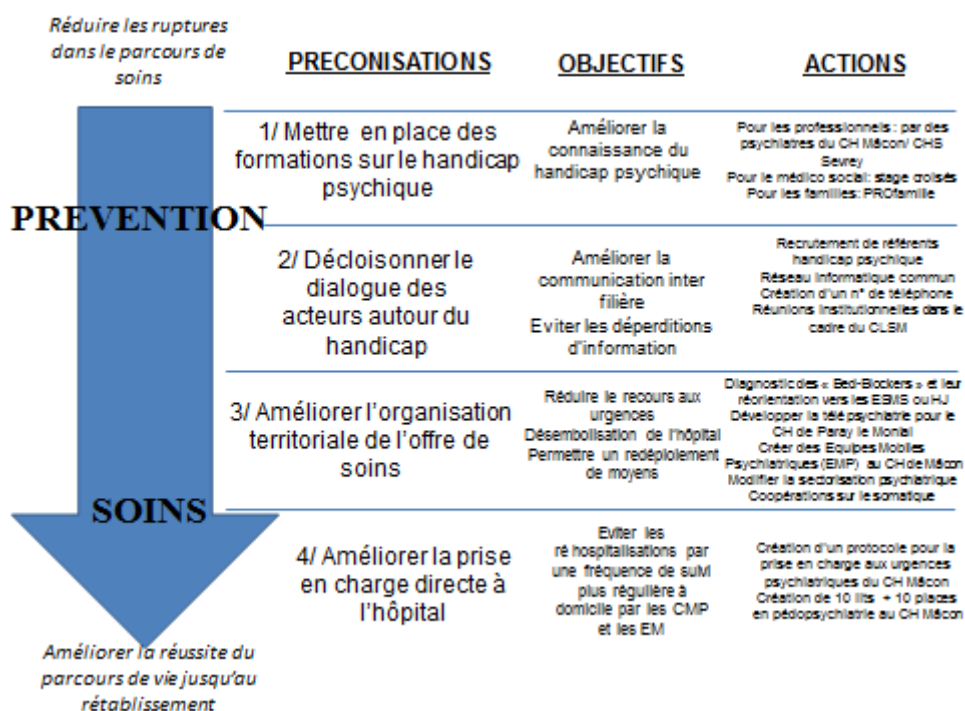
problématique. C'est pourquoi la pédopsychiatrie est une priorité dans un cadre budgétaire contraint.

Concernant la pédopsychiatrie, le sud Saône-et-Loire ne compte actuellement que 10 places en hôpital de jour au CH de Mâcon. Afin de recoller à la moyenne du territoire nord¹⁰⁰ qui est de 0.2, la création de 10 places supplémentaire en HJ et de 10 places en hospitalisation complète pourrait être nécessaire¹⁰¹. Il s'agit d'une décision centrale, en effet, comme cela a été souligné auparavant, la rupture pédopsychiatrique entre 13 et 20 ans dans ce territoire est une véritable problématique de santé publique.

L'ajout des 10 places au CH de Mâcon en accueil jour pourrait permettre de constituer un lien plus fort entre la pédopsychiatrie ambulatoire et la pédopsychiatrie complète.

Par ailleurs, la création de 10 lits *ex nihilo* au CH de Mâcon est nécessaire car il s'agit de la seule offre existante sur ce territoire pour une file active de 2670 usagers. Une telle offre est nécessaire lorsque des décompensations surviennent, elle pourrait permettre de mettre fin à des situations actuelles qui voient des enfants en décompensation être orientés sur le service pédiatrique, totalement inadéquat.

Ces créations ne remettent pas en cause la volonté globale d'une réaffectation de moyens vers l'extra hospitalier, néanmoins, elles répondent à une véritable demande sociale.



Propositions en vue de l'amélioration du parcours de soins pour les personnes en situation de handicap psychiques en ESMS dans le territoire Sud Saône et Loire

¹⁰⁰ Nombre moyen de lits et places pour 1000 habitants

¹⁰¹ Avec 30 lits et places, le sud Saône et Loire atteindrait un taux d'équipement pédopsychiatrique de 0.16 / 1000 habitants contre 0.22 pour le nord Saône et Loire.

Bien qu'il puisse y avoir des préconisations d'ordre national pouvant améliorer l'accompagnement du handicap psychique, celles qui sont formulées ici relèvent du niveau d'un IASS en poste disposant d'outils territoriaux en vue de proposer des pistes d'actions à son ARS.

Ces préconisations rentrent dans le champ de compétence de l'inspecteur, et ce, pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, la démarche de diagnostic territorial correspond à la mission d'un IASS en poste dans une DT ARS. Celle-ci consiste à connaître la situation de l'offre et de la demande de soins à un instant « *t* » mais également d'anticiper ses évolutions.

Ce mémoire portant à la fois sur le médicosocial, le sanitaire, le tout sur des plans ambulatoires et hospitaliers est l'illustration d'une transversalité mettant en exergue la pluridisciplinarité de l'IASS. La contractualisation a pour objet d'accroître la qualité intrinsèque du fonctionnement d'une entité non seulement pour les personnels y travaillant, mais surtout pour l'utilisateur qui y est accompagné.

En outre, les préconisations proposées rentrent dans la mission de dotations de moyens qui incombe à l'IASS. Dans un cadre budgétaire contraint, celui-ci a pour mission de proposer des financements à la hauteur de l'offre de soins et des enveloppes disponibles. Aussi, l'IASS peut bénéficier d'une vision *a posteriori* de ces préconisations puisque certaines d'entre elles pourront faire l'objet d'inspections dans le futur, et ce, bien que le temps d'inspection soit de plus en plus réduit.

Enfin, ces préconisations reflètent la mission de planificateur de l'IASS. En effet, celles-ci reposent principalement sur une transformation de l'offre de soins, or, c'est l'ARS qui définit le PRS et toutes ses composantes. Les modifications de l'offre de soin portent majoritairement sur le psychiatrique, elles visent à déplacer la demande d'hospitalisation complète vers l'hospitalisation de jour, la psychiatrie ambulatoire, voire le, médicosocial - et ce – afin de spécialiser l'hôpital sur le traitement de la crise. Si un tel transfert s'opère, il faut que les structures puissent traiter cette demande, qu'il s'agisse des CMP ou des ESMS. Par ailleurs, il convient de souligner que les démarches de planification peuvent s'inscrire dans le temps long. D'une part, sur l'offre de soin, l'amélioration des conditions de travail des professionnels pourra peut-être inciter de futurs professionnels à s'installer et combler ainsi le déficit existant. D'autre part, sur la demande de soins, si l'accompagnement pédopsychiatrique des 13-20 ans est amélioré, la problématique pourra se restreindre dans les prochaines années – le handicap ayant pu être traité en amont.

L'IASS peut donc modéliser des parcours de soins sur un territoire restreint et ce, afin qu'ils s'articulent au mieux avec le parcours de vie de la personne en situation de handicap psychique – parcours dont la compétence est partagée avec l'IASS en cohésion sociale.

Conclusion

Le diagnostic des ruptures dans le parcours de soins de la personne en situation de handicap psychique a fait ressortir plusieurs points saillants. Depuis le retrait du Centre Psychiatrique de l'Ain de ce territoire en 2006 dans un contexte national marqué, d'une part, par la reconnaissance du handicap psychique, et d'autre part, par une désinstitutionnalisation psychiatrique, une inadéquation entre l'offre et la demande de soins, notamment psychiatrique s'est fait jour.

Cette inadéquation se traduit de manière pratique dans des ruptures d'accompagnement concernant ce public, et ce, à tous les âges de sa vie. Ce dysfonctionnement dans le parcours de soins engendre des difficultés dans l'accomplissement du parcours de vie de ces usagers, de manière globale.

Les particularismes, ainsi que la taille restreinte de ce territoire limitent la portée générale des préconisations de ce mémoire. En outre, l'hétérogénéité du handicap psychique en lui-même a provoqué des difficultés dans la quantification de la cohorte, ce qui a pu engendrer un calcul du besoin en soins qui peut être relativisé. Néanmoins, la cohorte étudiée semble représentative des problématiques territoriales, tant en termes de milieu de vie, qu'en termes d'accompagnements nécessités. Bien que cette population ne constitue pas un grand public, il n'en demeure pas moins que chaque rupture dans le parcours de soins est une véritable épreuve pour tous les acteurs accompagnant l'utilisateur. Au-delà d'une nécessité d'agir sur les interactions autour du handicap (formations, système d'information), afin de créer une synergie locale, les préconisations portent surtout sur l'offre de soins psychiatriques. En effet, le fait de proposer des outils à l'ARS de Bourgogne afin que celle-ci réfléchisse non plus en termes de lits et de places mais en termes de solutions est une donnée essentielle afin de prévenir les ruptures dans le parcours de soins.

Le parcours de soins constituant la première pierre au parcours de vie, il est également fondamental de rapprocher les personnels et les cultures de travail de l'ARS et de la cohésion sociale, c'est à ce prix que pourra se réaliser le rétablissement de l'utilisateur atteint d'un handicap psychique.

Enfin, si la personne en situation de handicap psychique arrive au rétablissement, sa situation pourra s'améliorer, tant sur un plan clinique que social. En effet, la bonne articulation entre parcours de soins et parcours de vie permettra à ce public de réintégrer la vie de la cité et changer le regard, voire le paradigme entourant le handicap psychique.

"L'amélioration d'un groupe n'a pas pour base l'élimination des moins bons, ni la sélection des meilleurs. Elle vient des personnes handicapées qui ont surmonté leur handicap."

Albert JACQUARD

Bibliographie

Ouvrages et articles

- Auvergnon P., Lerouge L., Makele-Fau C.A, *Approche juridique du handicap psychique : les enjeux d'une définition en droit social*, ALTER, octobre/ décembre 2012
- Barreyre J.Y, Makdessi Y. - CEDIAS ; ANCREAI Ile-de-France - 12/2007 - 87 p
- Barreyre J.Y, Makdessi Y. *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*, CNSA, 2007
- Berichel, Duhamel, *Mission nationale d'appui en santé mentale*, 2011, consulté sur ancreai.org
- Chapireau F., *Le handicap psychique : la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français*, Revue sociologos, n°9, sept 2014
- Chapireau F., *Quel handicap psychique peut-on mesurer ?*, l'Information psychiatrique, n°90, 2014
- CNSA, Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médicosociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes, octobre 2010, 70p
- Coldefy, M, Nestrigue C, *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie, analyse des déterminants de la variabilité territoriale*, Questions d'économie de la santé, N°202, octobre 2014 pp.1-8, consulté sur Irdes.fr, le 05/01/2014
- Couty E., *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, La Documentation Française, janvier 2009, 86p
- Dusart A., *Le handicap dit "psychique"*, Bulletin d'informations du CREA I Bourgogne, 2012
- GEPSO, Enquête relative à l'accueil des personnes en situation de handicap à l'EHPAD, avril 2013, consulté sur apmnews.com, le 14/01/2015
- Henckes N., *Les psychiatres et le handicap psychique, de l'après-guerre aux années 1980*, revue Française des Affaires Sociales, 2009
- Joly C., Madelpuech B., Goussard C, Jan F., *Info Parcours psy Bourgogne*, ARS Bourgogne, n°1-5, décembre 2013- octobre 2014
- Maillard A., Plus que d'une pénurie de lits la psychiatrie souffre d'une mauvaise organisation, Le Monde, 20 décembre 2012, consulté sur LeMonde.fr le 28/08/2014
- Muller S., *Comprendre le handicap psychique, éléments théoriques et analyses de cas*, octobre 2011
- Roussel P., Giordano G., Cuenot M., *De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale - L'exemple de l'enquête Handicap-Santé*, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°11, avril 2014
- Velche D. et Roussel P., *La participation sociale des personnes présentant un handicap psychique : effets de rhétorique ou perspective nouvelle ?*, presses de l'EHESP, mars 2011
- Vidal Naquet P., « *Les frontières incertaines du handicap psychique* », Qu'est-ce que le handicap psychique, novembre 2012, pp.16-27 consulté sur handipole.org, le 26/12/2014

Rapports

Charte nationale Romain Jacob du 16/12/2014

Rapport Charzat, « *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* » de mars 2002

Rapport de l'IGAS, « *La prise en charge du handicap psychique* », août 2011

Rapport de la Cour des Comptes, « *l'organisation des soins psychiatriques* » du 20/12/2011

Rapport Pascal Jacob, « *L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées* » du 06/06/2013

Rapport Piveteau, « *Zéro sans solution, le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans ruptures, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* » du 10/06/2014

Textes législatifs et règlementaires

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Art. 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 relative aux amendements Creton

Art. 425 du Code Civil

Art. L. 3221-11, art. 14 du Code du Travail

Art. L.1434-1 du Code de la Santé Publique

Art. L.243-1 et suiv. du Code de l'Action Sociale et des Familles

Art.L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Arrêté relatif aux indices de besoin concernant les équipements psychiatriques, 11 février 1991

Décret n° 63-146 du 18 février 1963

Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989 relatif à la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale

Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

Ministère de l'emploi et des affaires sociales, Circulaire n° 2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

Ministère de la santé et des affaires sociales, Circulaire 17/08/2005 DGAS relative aux indicateurs médicosociaux

Ministère de la santé et des affaires sociales, Circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Ministère de la santé et des affaires sociales, Plan santé mentale 2005-2008

Ministère de la santé et des affaires sociales, Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

ARS Bourgogne, Schéma régional d'organisation des soins 2012-2016

ARS, Bourgogne, Schéma régional d'organisation médicosocial 2012-2016

Liste des annexes

Annexe 1 : carte des territoires psychiatriques en Saône-et-Loire

Annexe 2 : carte de l'implantation de l'offre médicosociale et sanitaire dans le sud Saône-et-Loire

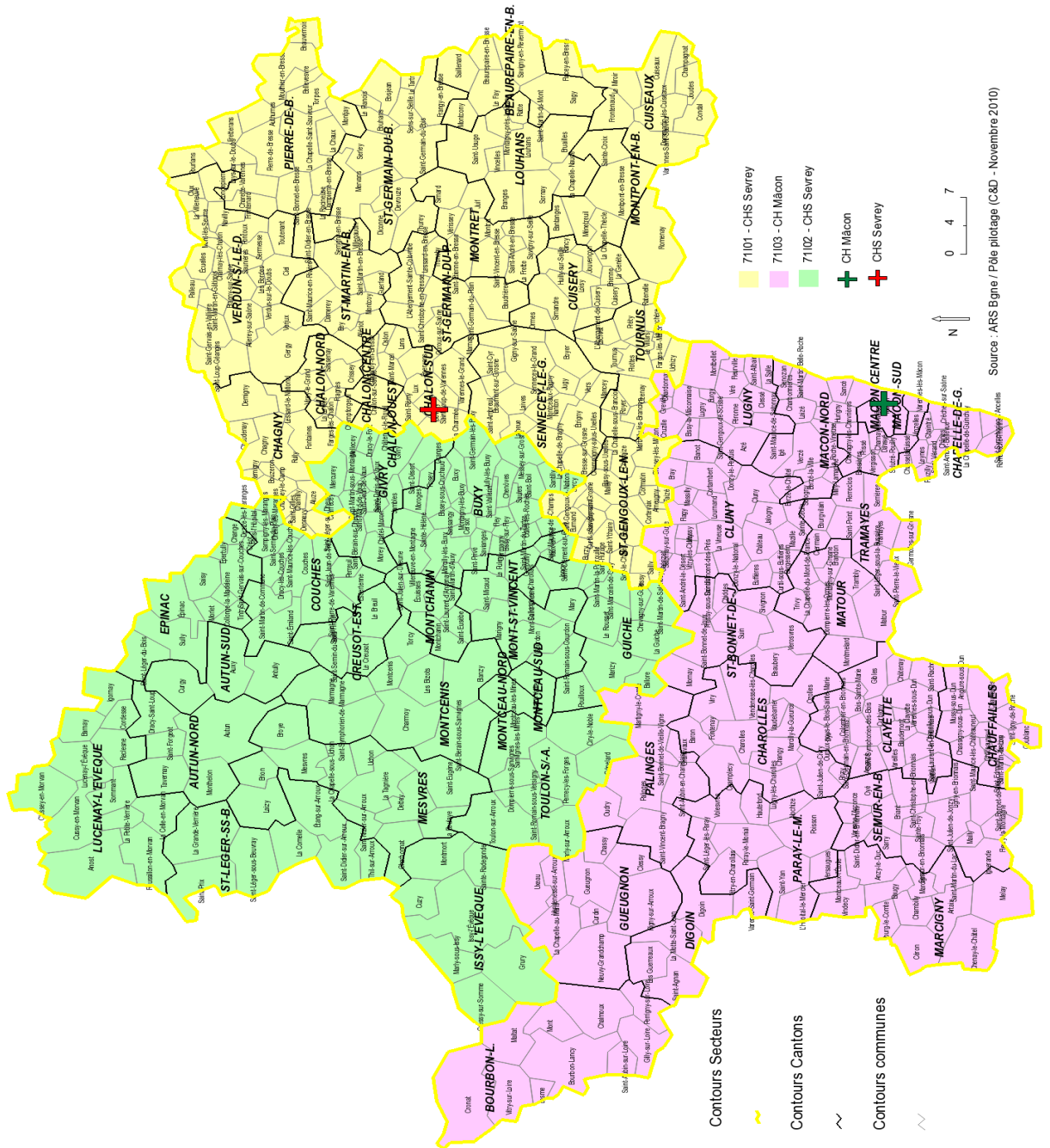
Annexe 3 : liste des entretiens menés avec les partenaires locaux

Annexe 4 : méthodologie, résultats de l'enquête, grille d'entretien formalisée

Annexe 5 : comparatif de trois référentiels portant sur le handicap psychique

Annexe 6 : repères concernant la démographie des psychiatres en Bourgogne

ANNEXE 1 : CARTE DES TERRITOIRES PSYCHIATRIQUES EN SAONE-ET-LOIRE



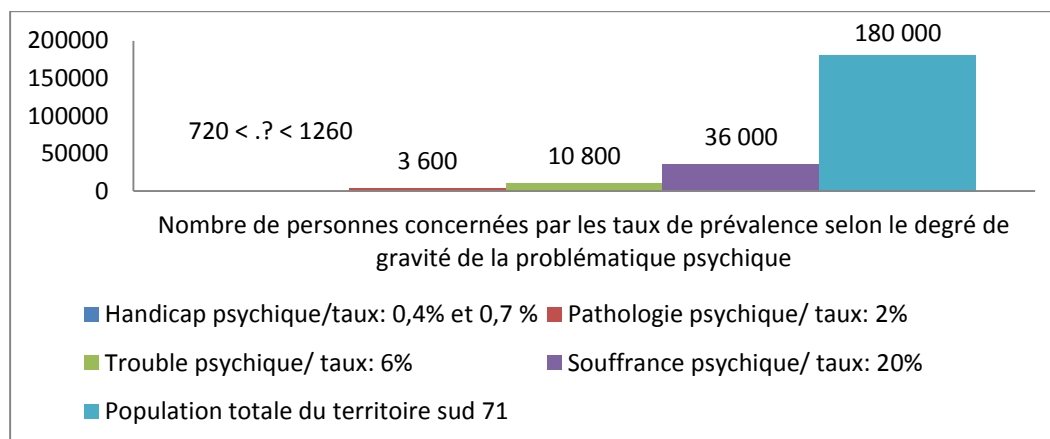
ANNEXE 3 : Liste des entretiens menés avec les partenaires locaux

En plus de 3 entretiens menés avec le pilote du parcours « parcours de vie du handicap psychique à l'ARS de Bourgogne, les entretiens suivants ont été menés. Par ailleurs, une dizaine d'entretiens a été menée dans le cadre d'une mission de conduite de projet en vue de créer un CLSM, certains d'entre eux ont été utilisés.

Ces entretiens ont été réalisés la plupart du temps sur place, ils ont été parfois suivis d'une visite du service. Ils ont été « débriefés » avec des IASS de la DT ARS.

#	Qualité	Structure	Objectifs de l'entretien	Date
1	Directeur Directeur adjoint	FAM FDV EHPAD	Etudier la différence de prise en charge des personnes en situation de handicap psychique entre établissement médicalisé/ non médicalisé Voir l'interaction avec le service des urgences psychiatriques	16/09
2	Directeur	Accueil de jour Foyer hébergement	Etudier l'interaction de la prise en charge établissement/ service médicosocial Voir les liens avec les CMP de Mâcon	17/09
3	Directeur IDE	ESAT FDV SAMSAH SAVS	Etudier l'interaction de la prise en charge établissement/ service médicosocial Observer la problématique de l'insertion par le travail Voir quelle prise en charge somatique est réalisée	29/09
4	Cadre de santé	CMP	Etudier le fonctionnement du CMP de Paray-le-Monial et le comparer à ceux des CMP Mâconnais Observer l'interaction entre psychiatrie extra hospitalière et accompagnement à domicile ou en ESMS	30/09
5	Cadre de santé	Psychiatrie (UPRS)	Etudier l'état de fonctionnement interne de la psychiatrie mâconnaise Voir comment se font les interactions avec les CMP et le médicosocial Trouver une explication aux réhospitalisations	01/10
6	Aidant	UNAFAM	Voir comment s'articule le parcours de soins entre le domicile et le sanitaire Illustrer les ruptures de parcours de soins Comprendre la place des aidants	01/10
7	Aidant	UNAFAM	Voir comment s'articule le parcours de soins entre le domicile et le sanitaire Illustrer les ruptures de parcours de soins Comprendre la place des aidants	02/10
8	Chef de service Psychologue Pédopsychiatre	IME SESSAD	Appréhender l'accompagnement pédopsychiatrique sur ce territoire Etude des liens entre établissement/ service Observer les liens avec la pédopsychiatrie extra hospitalière Voir l'interaction entre ambulatoire et hospitalier	15/10
9	Directeur d'hôpital adjoint	CH de Mâcon 5 EHPAD (annexés)	S'imprégner d'un point de vue technostucturel Identifier un lien entre l'organisation de l'hôpital et les dysfonctionnements de la psychiatrie Proposer des premières pistes d'amélioration Se renseigner sur ce qui est fait sur la problématique	15/10
10	2 Cadres de santé	Centre de soins infirmiers	Observer l'articulation sanitaire/ domicile Comprendre les problématiques de déplacement	24/10
11	Directeur Directeur adjoint	FDV FAM	Situé dans le territoire nord Saône et Loire, à la frontière Comparer les pratiques du nord et du sud concernant l'articulation des soins avec le CHS de Sevrey	14/10

ANNEXE 4 : METHODOLOGIE



Application des différents taux de prévalence à la population du territoire sud Saône et Loire

Ces établissements ont été contactés par mail le 08/09/2014 (établissements gérés par l'ARS) et le 12/09/2014 (établissements gérés par le CG).
« à l'aide de la nomenclature médicosociale : combien de PH psy à titre principal étaient prises en charge dans votre établissement en 2013 ? »

Ont été contactés pour le territoire Sud Saône et Loire				Ont répondu	Nb d'usagers concernés
Type d'établissement	Compétence	Nb.	Dont	Dont	
Etablissements médicosociaux PH	ARS	11	4IME/ 2 ITEP/ 1 CME/ 4 ESAT	2IME/ 0 ITEP/ 0 CME/ 4 ESAT	IME 91 + ESAT 181
Etablissement médicosociaux PH	ARS + CG	6	5 FAM/ 1 MAS	2 FAM/ 0 MAS	FAM 5
Services médicosociaux	CG	9	6 SESSAD	1 SESSAD	a.d ¹⁰²
Etablissements médicosociaux PH	CG	17	4 FDV/ 13 CAJ, AJ, PUDV	2 FDV/ 4 CAJ, AJ, PUV	FDV 19 + AJ 45 + CAJ/ PUV 6
Services médicosociaux	CG	4	4 SAVS/ 2 SAMSAH	4 SAVS/ 2 SAMSAH	SAVS 101 + SAMSAH 19
Services médicosociaux	ARS+CG	2	2 SAJA	1 SAJA	a.d
EHPAD spécialisés	ARS	1	1 EHPAD	1 EHPAD	37
TOTAL	/	49 structures		22	504

Tous les ESMS ont été contactés au titre du questionnaire sur le handicap psychique

Le taux de réponse a été de 45 %
504 personnes ont été identifiées
Dont 333 suivies par un établissement et 171 par un service
Au moins 333 personnes sont concernées par cette étude si l'on retranche celles qui peuvent avoir une double prise en charge (établissement/ service)

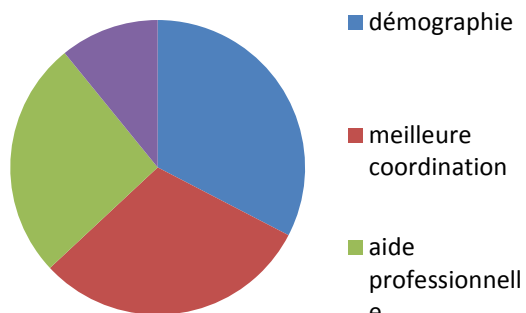
D'autres entités ont été contactées dans le nord 71
1 FDV+ FAM frontalier du N/S afin de comparer les pratiques
2 maisons relais + 1 IML pour avoir une vision de la problématique du logement pour les PH psy en ESMS retournant en milieu ordinaire.
3 GEM afin d'observer les difficultés engendrées par la réinsertion sociale des PH Psy en milieu ordinaire.
Le CHS de Sevre en tant que structure psychiatrique pivot du territoire Nord Saône et Loire

Résultats de l'étude démographique

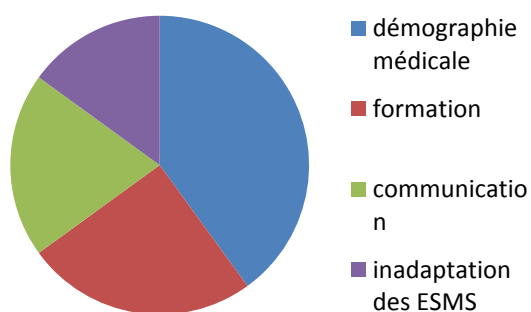
¹⁰² Les absences de données pour les SESSAD/ SAJA viennent du fait que certains ESMS ont transmis des données de masse. Ainsi, un IME doté d'un SESSAD géré par la même association a pu donner des chiffres globaux, pour le remplissage du tableau ci-dessus, ces chiffres ont été transférés à la ligne IME. Il convient de préciser que les chiffres obtenus auprès de 1 SESSAD (déficiência intellectuelle) et 1 SAJA (autisme) peuvent être considérés comme marginaux.

ANNEXE 4 (suite) : RESULTATS DU SONDAGE

Leviers d'action



Freins identifiés



A quels facteurs sont liés ces points de rupture ?
(Éventuellement classer parmi ces propositions, l'ajout de propositions est possible)

- Territoire
- Carence dans la formation des professionnels
- Structures inadaptées
- Carence de personnel (médical/paramédical)
- Accessibilité (horaires d'ouverture, transport, n° de téléphone, etc.)
- Manque de communication entre les professionnels

Comment remédier à ces ruptures ? Qu'est-ce qui vous manque le plus ?

(Éventuellement classer dans ces propositions ? L'ajout de propositions est possible)

- aide professionnelle (télémédecine, téléphone d'astreinte, etc.)
- personnel supplémentaire qualifié
- structures/ services dédiés
- structures/ services avec davantage de places
- meilleure communication
- outils spécifiques (ex : outil de classification des déficiences)
- Autre

Annexe 4 (suite) : LES GRILLES D'ENTRETIEN

Il convient de préciser que chaque grille d'entretien était adaptée à la nature de l'acteur interrogé, néanmoins, cette grille synthétise la trame qui a été utilisée pour mener les entretiens.

Nombre d'entretiens: 11

Durée moyenne des entretiens : entre 1h et 2h30

Rappel du sujet du mémoire : *Les freins et les leviers permettant un accompagnement somatique et psychique constant des personnes en situation de handicap psychique en établissements ou services médicosociaux dans le territoire Sud Saône et Loire.*

I. INFORMATIONS GENERALES

- **Type de public accueilli/ visité**
 - ⇒ Nombre de personnes concernées dans l'ESMS/ service (trouble principale/ associé)
 - ⇒ Quelles déficiences sont les plus représentées, quelles difficultés engendrent-elles ?
- **Rôle de la personne interrogée** dans le parcours de soin de l'utilisateur connaissant des troubles psy. (poste, depuis combien de tps vous faites ça, si c'est depuis longtemps avez-vous ressenti des évolutions ? etc.)
 - ⇒ Comment mettez-vous en place les évaluations pour déterminer la nature du handicap ? travaillez-vous en réunion pluridisciplinaire ? à quelles fréquences ? estimez-vous que l'évaluation est suffisante ? (vous manque-t-il du personnel ?)
- **Place de l'établissement/ service dans son environnement**
 - ⇒ Avez-vous tous les personnels nécessaires dans la structure/ service: psychiatre, psychologue, médecin généraliste, etc.
 - ⇒ Avez-vous signé une convention avec des professionnels libéraux
 - a. Sur le volet psy : psychiatre, psychologue.
 - b. Sur le volet somatique : médecin généraliste, dentiste, stomato, etc.
 - ⇒ Avez-vous signé une convention avec le CH Mâcon concernant la psy/ le somatique ? Passez-vous systématiquement par les urgences ? si oui : est-ce efficace ? si non ; quelles difficultés avez-vous rencontrées ?
 - ⇒ Avez-vous mis en place une convention avec une HAD ? pourquoi pas ? les raisons de cette absence de conventionnement ?
 - ⇒ Convention avec une équipe mobile ?

Concrètement, quand un de vos usagers nécessite des soins psy/ somatiques, comment ça se passe ? Quels personnels sont mobilisés ?

Quelle est la place de la famille et de l'utilisateur dans la décision ?

II. LES DIFFICULTES DANS LE PARCOURS DE SOIN DE LA PERSONNE HANDICAPEE

- Les difficultés générales auxquelles est confronté le professionnel dans son quotidien vis-à-vis de cette problématique ?

Où se situent les points de rupture dans l'accompagnement de la PH ? Avez-vous des exemples « illustratifs » issus de votre propre expérience ?

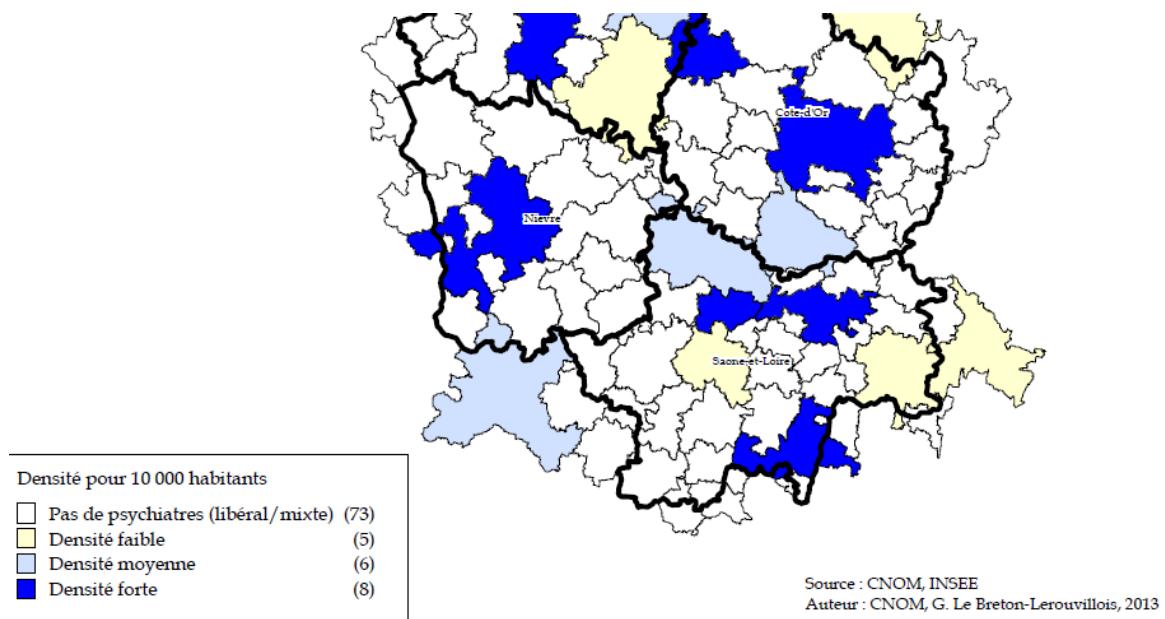
- ⇒ Dans le parcours de soin psychique (voir schéma sur les ruptures de parcours de soins à la fin du questionnaire)
- ⇒ Dans le parcours de soin somatique
- Quelles solutions territoriales pourriez-vous identifier afin d'y remédier ?
- Comment voyez-vous la suite ?
(Quelle est la plus grande menace/ la plus grande opportunité ?)

ANNEXE 5 : COMPARATIF DE TROIS REFERENTIELS PORTANT SUR LE HANDICAP PSYCHIQUE

Indicateurs médicosociaux utilisés pour ce mémoire (Présentés avec leur codage)	Tableau de bord médicosocial pour l'enquête de l'ANAP ¹⁰³ de 2013	Grille CIF –déficience psychique (guide barème d'évaluation des déficiences et incapacités de la PH utilisé par les CDAPH)
<p>ES21 : déficience « critiques de la conscience », y compris crise d'épilepsie</p> <p>ES23 : troubles de la conduite et du comportement non inclus dans une pathologie psychiatrique avérée</p> <p>ES24 : déficience du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves : comprend les personnes avec des troubles graves de la personnalité et des capacités relationnelles à l'exception des troubles de la conduite et du comportement isolés (ES 23)</p> <p>ES25 : autres déficiences du psychisme ; troubles psychologiques ou relationnels sans connotation de gravité.</p>	<p>Troubles psychiques :</p> <p>177 : personnes présentant des troubles psychiques à titre principal</p> <p>178 : personnes présentant des troubles psychiques à titre associé</p>	<p>Troubles de la volition</p> <p>Troubles de la pensée</p> <p>Troubles de la perception, communication, langage, repli autistique</p> <p>Troubles du comportement</p> <p>Troubles de l'humeur</p> <p>Troubles de la conscience et de la vigilance</p> <p>Troubles intellectuels, de la vie émotionnelle et affective</p> <p>Expressions somatiques</p>

¹⁰³ Consulté sur anap.fr le 25/08/2014

ANNEXE 6 : REPERES CONCERNANT LA DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE DES PSYCHIATRES



GALODÉ

Guilhem

Mars 2015

Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2013-2015

Améliorer l'accompagnement dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap psychique dans le sud Saône-et-Loire

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé : Le territoire psychiatrique du sud Saône-et-Loire connaît des difficultés dans l'accompagnement du parcours de soins de la personne handicapée psychique, notamment depuis le retrait du CPA de l'Ain en 2006 et la récupération du pilotage psychiatrique par le CH de Mâcon. Ce territoire se caractérise par son caractère hétéroclite mais également par le fait ses deux principaux pôles d'offre de soins soient géographiquement excentrés.

Le diagnostic territorial se distingue de par son déficit tant en personnels qu'en moyens psychiatriques et somatiques. Il en découle une inadéquation entre l'offre et de la demande d'accompagnement sur ce territoire. Cette inadéquation se traduit dans divers points de rupture du parcours de soins, ces fractures concernent toutes les classes d'âge de ce public cible mais également tous ses mode d'accompagnement (en établissement ou en service). Au-delà d'une carence démographique, le fonctionnement intrinsèque des acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux pourrait être amélioré.

C'est pourquoi les préconisations pour améliorer cette problématique proposent quatre axes qui constituent autant d'outils de pilotage pour l'IASS en DT ARS. Au-delà d'une formation des professionnels et des aidants autour du handicap psychique, la création d'un véritable système d'information est à envisager. Par ailleurs, devant le faible taux d'équipement, surtout concernant la pédopsychiatrie, la création de lits et de places est à envisager. Néanmoins, effectuer un diagnostic sur les « *bed blockers* » en psychiatrie et réorganiser la psychiatrie complète, permettra de redéployer des moyens humains sur les CMP, l'hôpital de jour et les ESMS. En effet, le décideur public doit penser non plus en termes de lits et de places mais en termes de solutions.

Ainsi, pourra se faire l'articulation entre parcours de soins et parcours de vie afin d'intégrer les handicapés psychiques dans la vie de la cité et changer le regard sur ce handicap dans ce territoire bourguignon.

Mots clés :

<handicap psychique, accompagnement, parcours de soins, parcours de vie, rupture, psychiatrie, hôpital de jour, ESMS, somatique, déficit démographique, Saône-et-Loire, diagnostic territorial, CMP, CH, décompensation, territoire psychiatrique, lits, places, formation, système d'information, urgences, aidants, milieu ordinaire>

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.