



Master 2
Pilotage des politiques et actions
en santé publique

Promotion : **2014-2015**

Alternative à l'hospitalisation temps plein en
habitat regroupé pour des patients hospitalisés
au long cours en psychiatrie

Catherine DESHOUX
Le 8 septembre 2015

« Nous habitons un monde interprété par d'autres où il nous faut prendre place »

Boris Cyrulnik. *Les nourritures affectives*.

Remerciements

Je remercie les professionnels du pôle G07 qui ont soutenu mon projet et m'ont permis de bénéficier des enseignements de l'équipe pédagogique du master PPASP, en particulier Monsieur François Xavier Schweyer et Monsieur Philippe Leroy, responsables du master.

Je remercie mon cadre supérieur de santé, également mon maître de stage pour ses conseils et sa disponibilité.

Je remercie vivement les professionnels de John Cade et du CMP de Saint Aubin pour leur soutien et leur compréhension. Avec mes collègues, ils ont su s'adapter à mon emploi du temps et m'ont permis de concilier mon travail et ma formation.

Je remercie mes premières lectrices : Karine et Christine.

Enfin, je remercie très chaleureusement Patrice, Clémence et tous mes amis et proches qui m'ont aidée, et soutenue pendant cette mission de stage et ces 2 années de formation.

Sommaire

Introduction	
1. Genèse et contexte de la mission.....	4
1.1 Les alternatives à l'hospitalisation en santé mentale : un enjeu de santé publique.....	4
1.1.1 <i>Promotion de la santé publique</i>	4
1.1.2 <i>Un enjeu économique</i>	6
1.1.3 <i>Des politiques publiques intersectorielles favorables à la santé</i>	9
1.2 Les patients en hospitalisation prolongée	10
1.3 Prise en charge de la santé mentale : Diagnostic du territoire 5	11
1.3.1 <i>L'accès au logement et les inégalités sociales de santé pour les personnes souffrant d'un handicap psychique</i>	13
1.3.2 <i>Le dispositif «Familles - Gouvernantes»</i>	14
1.4 La coordination médico-sociale et sanitaire.....	15
1.4.1 <i>Le parcours de soins du patient en santé mentale</i>	15
1.4.2 <i>Le réseau :instrument au service de la coordination pluri professionnelle</i>	16
2. Descriptif de la mission	20
2.1 Environnement institutionnel de la mission.....	20
2.1.1 <i>Partenaires opérationnels ou financiers du projet et de la mission</i>	21
2.1.2 <i>Partenaires opérationnels, implication dans la structure et convention</i>	22
2.1.3 <i>Partenaires financiers</i>	22
2.2 Les enjeux de la mission professionnelle :.....	23
2.3 Les objectifs de la mission	24
2.3.1 <i>Objectifs institutionnels</i>	24
2.3.2 <i>Objectifs personnels</i>	24
2.4 Méthodologie et démarche choisie.....	25
3. La démarche projet.....	25
3.1 Etape 1 - Constitution de l'équipe projet et implication des partenaires	25

3.2	Etape 2 - Diagnostic- Etat des lieux.....	27
3.3	Etape 3 - définition des objectifs.....	27
3.4	Etape 4 : Planification des modalités d'évaluation	29
3.5	Etape 5 : Planification prévisionnelle du déroulement du projet	30
3.5.1	<i>Phase 1 : Identification des patients éligibles à la PCH en hospitalisation prolongée dans les unités Daumezon et Laborit.....</i>	31
3.5.2	<i>Phase 2 : Mise en œuvre de la convention UDAF 35/CHGR.....</i>	32
3.5.3	<i>Phase 3 : Création d'un profil de poste infirmier</i>	32
3.5.4	<i>Phase 4 : Le financement de l'intervention sanitaire</i>	33
3.5.5	<i>Phase 5 : Procédures d'intervention du sanitaire dans le médico social</i>	33
3.5.6	<i>Phase 6 : Organiser la coordination avec la gouvernante.....</i>	35
3.5.7	<i>Phase 7 : Prendre une place dans la commission d'admission.....</i>	36
3.6	Etape 6 : Valorisation et communication du projet.....	38
4.	Evaluation.....	40
4.1	Freins au projet.....	40
4.2	Leviers au projet:.....	42
5.	Acquisition de nouvelles compétences.....	44
5.1	« Faiseur de liens ».....	44
5.2	Transférabilité de la démarche	46
	Conclusion	48
6.	Note de Synthèse	50
7.	bibliographie.....	53
8.	Liste des annexes.....	58

Liste des sigles utilisés

AAH :	Allocation Adulte Handicapé
ALD :	Affection de Longue Durée
ADMR :	Aide à Domicile en Milieu Rural
AMP :	Aide Médico Psychologique
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
APF :	Association des Paralysés de France
APL :	Aide Personnalisée au Logement
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVS :	Auxiliaire de Vie Sociale
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDAS :	Centre Départemental d'Action Sociale
CHGR :	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CISS :	Collectif Inter associatif sur la Santé.
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS :	Contrat Local de Santé
CLSM :	Contrat Local de Santé Mentale
CME :	Commission Médicale d'Établissement
CMP :	Centre Médico Psychologique
COPIL :	COmité de PILotage
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CReHPsy :	Centre de Ressources pour personnes malades et/ou en situation de Handicap Psychique.
DIM :	Département d'Information Médicale
ETP :	Equivalent Temps Plein
GEVA :	Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
HPST :	Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INPI :	Institut National de la Propriété Intellectuelle
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCH :	Prestation de Compensation du Handicap
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
ORSB :	Observatoire Régional de Santé Bretagne
PPASP :	Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
PRS :	Programme Régional de Santé
PTS :	Programme Territorial de Santé
SAVA :	Service d'Accompagnement à la Vie Active
SISM :	Semaine d'Information Santé Mentale
SAVS :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
TED :	Troubles Envahissants du Développement
UNAF :	Union Nationale des Associations Familiales
UDAF :	Union Départementale des Associations Familiales

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est «un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de la communauté»¹. La soixante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2012 la résolution WHA 65.1 sur «la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays»².

L'une des dix actions du Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS préconise d'agir sur les déterminants de santé par une approche multisectorielle : «Les déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux comprennent non seulement des facteurs individuels tels que la capacité de maîtriser ses pensées, ses émotions, ses comportements et ses relations avec autrui, mais aussi des facteurs sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux, au nombre desquels figurent les politiques nationales, la protection sociale, le niveau de vie, les conditions de travail et le soutien social offert par la communauté»³.

En France, le bilan du Plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »⁴ a mis en exergue les manques de réponse pour « les problématiques du logement et de l'accompagnement des personnes, de l'articulation avec la médecine générale, de l'organisation des soins psychiatriques à l'échelle des territoires de santé, du réel transfert du centre de la prise en charge de l'hôpital vers la communauté, de la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales »⁵. Non seulement il convient d'agir sur les inégalités sociales de santé et de logement mais également, comme le propose Gilles Duhamel membre de la chaire santé de Sciences Po, « réorienter le flux de nos dépenses collectives et à exercer un meilleur discernement dans la dépense ».⁶

¹ Organisation Mondiale de la santé, Département de la santé mentale et abus de substances psycho-actives, *investir dans la santé mentale*, Genève, p7

² Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, Bibliothèque de l'OMS, p6

³ Ibid p7.

⁴ Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

⁵ La santé de l'homme-N°413-Mai-Juin 2011- p17

⁶ Soins cadres-N°88- Novembre 2013-*Pour une stratégie nationale de santé*-p12

Le volet santé mentale du Projet Régional de Santé 2012-2016 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne⁷ propose justement de rééquilibrer l'offre en santé mentale au profit du soutien aux prises en charge ambulatoires et aux accompagnements en milieu ordinaire.

Depuis son Conseil d'Administration du 18 mars 2008, le centre hospitalier public de santé mentale Guillaume Régnier (CHGR) de Rennes, s'est attaché au redécoupage sectoriel, associé à une redistribution plus équitable des moyens pour réduire les inégalités entre les huit secteurs de psychiatrie adulte. Son dispositif de soins ambulatoires répond aux priorités du Programme Régional de Santé (PRS), au projet d'établissement et au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui a pris effet le 14 septembre 2012.

Pourtant, l'établissement reste confronté à l'augmentation des hospitalisations temps plein et ne peut satisfaire toutes les demandes de soins. C'est donc naturellement qu'il répond à un appel à projet de l'ARS Bretagne pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne publié le 2 juillet 2014. En parallèle, l'Union Départementale des Associations Familiales d'Ille et Vilaine (UDAF 35) répond à un appel à candidatures logements adaptés (personnes âgées) habitats regroupés (personnes handicapées)⁸ du Conseil Général d'Ille et Vilaine et sollicite à cet effet un partenariat avec le CHGR.

Etant donné que les logements sont situés sur le secteur géographique du pôle G07 et à la frontière du secteur du pôle G08, la Direction du CHGR va demander à ces 2 pôles de le représenter et d'élaborer avec l'UDAF 35 un projet d'alternative à l'hospitalisation temps plein en habitat regroupé dans le cadre de l'appel à projet de l'ARS précité.

Le projet du pôle G07 s'ancre depuis plusieurs décennies sur une politique centrée sur les soins en ambulatoire. En effet, son organisation s'articule dans le lien entre l'intra et l'extra hospitalier, avec une même équipe pluri professionnelle coordonnée

⁷ Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016 :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Schemas-regionaux.123364.0.html>

⁸ Annexe 1 : Appel à candidatures logements adaptés du CG35

par le cadre de santé, poste que j'occupe actuellement, tant pour faciliter l'alliance thérapeutique du patient que pour la continuité du parcours de soins. Le cadre supérieur de santé m'a proposé, dans un premier temps, de participer au comité de pilotage (COFIL) du projet habitat regroupé, puis à son pilotage pour sa phase opérationnelle.

Pendant cette mission, je vais devoir concilier deux positionnements : celui de cadre de santé et d'étudiante en Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP) pour rendre compte et analyser cette mission en termes de pilotage et de management d'une action de santé publique.

De par mes fonctions de cadre de santé, j'observe que l'offre de solutions d'alternative à l'hospitalisation est insuffisante. Elle se heurte aux moyens contraints des financements publics et leurs modalités d'attribution, au manque de place dans les structures médico sociales, aux limites liées à l'accueil et l'intégration sociale des patients dans un milieu de vie ordinaire. Certains échecs semblent directement imputables aux défauts de coordination entre les professionnels et les structures ou encore à une absence de travail en réseau. Mon travail de cadre de santé consiste à assurer le fonctionnement opérationnel du dispositif sanitaire, à développer ce travail en réseau au service de la fluidité du parcours du patient et à contribuer à la destigmatisation de la santé mentale auprès de nos partenaires.

Mais comment être faiseur de lien sur un territoire de santé ? Comment initier et cultiver ces liens au bénéfice du parcours de l'utilisateur ? Au-delà des institutions en jeu, l'utilisateur peut-il s'en saisir pour lui permettre de construire son parcours de vie ? En outre, ce projet peut-il être transférable sur un autre territoire pour une autre population ?

Après une présentation expliquant la genèse de ce projet et son contexte, la mission sera détaillée quant à ses objectifs, à la démarche choisie, et à ses modalités de mise en œuvre. L'étude sera développée en exposant d'abord les freins puis les leviers d'action repérés. Une dernière partie s'attachera à préciser des préconisations en termes de santé publique et des conditions de transférabilité de la démarche.

1. Genèse et contexte de la mission

1.1 Les alternatives à l'hospitalisation en santé mentale : un enjeu de santé publique

Le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 qualifie la psychiatrie et la santé mentale comme un enjeu de santé publique majeur car ces maladies ou ces troubles vont majorer la surmortalité, le handicap, l'incapacité à travailler, l'exclusion et détériorer la qualité de vie pour la personne et ses proches.

1.1.1 *Promotion de la santé publique*

Dans la chartre d'Ottawa, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la promotion de la santé est :

- « Le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.
- La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.
- La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé ».⁹

⁹ Définition de l'OMS-Chartre Ottawa-1986

La roue de Dahlgren et Whitehead représente ces déterminants en les faisant apparaître de façon concentrique :



D'après la chartre d'Ottawa, il est possible d'agir sur les quatre déterminants suivants :

1- les déterminants personnels

Ressources physiques, psychologiques et sociales, habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, tabac, alcool, activité physique...).

2 - les déterminants environnementaux

Qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...

3 - les déterminants sociaux

Niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...)

4 - les déterminants liés au système d'accès aux soins

Qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique.

La surmortalité parmi les personnes souffrant de troubles mentaux peut être due, en partie, à un moins bon accès ou à un moins bon recours au soin.

Seule la surmortalité de la Nouvelle-Zélande a été en baisse entre 2006 et 2011.¹⁰ Ce pays a mis l'accent sur l'intervention précoce en santé mentale et l'aide aux patients à améliorer leur propre santé et leur bien-être et à vivre de façon autonome. Il a facilité l'accès aux soins spécialisés et aux services de proximité et a également impliqué les acteurs de proximité.

Les patients en hospitalisation prolongée qui vont intégrer l'habitat regroupé ne sont pas aptes à solliciter les services dont ils ont besoin pour vivre de manière autonome. Le dispositif coordonné entre les partenaires devra donc permettre de répondre rapidement aux besoins du résident et de l'accompagner au quotidien pour améliorer sa santé et sa capacité à vivre de manière autonome.

1.1.2 Un enjeu économique

Sachant que :

- « Les troubles mentaux génèrent des coûts économiques importants, en raison par exemple d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés (Conseil sur le pacte européen pour la santé mentale, 2011).
- Les coûts collatéraux liés à la perte de production et la perte de qualité de vie atteindraient près de 80 milliards d'euros (Enquête URCECO Ile de France, CREDES pour la fondation FondaMental). »¹¹

Une étude comparative des coûts entre hospitalisation prolongée ou un hébergement en habitat regroupé pourrait renseigner l'efficacité financière de l'alternative à l'hospitalisation temps plein.

Les données accessibles recueillies ne permettent pas de mettre en évidence l'efficacité financière du projet, mais livre des informations sur le coût ou la valeur

¹⁰ OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

¹¹ *ibid*

perçus par le patient. Le coût ou « La valeur perçue correspond à la valeur que revêt un produit ou service dans l'esprit du consommateur »¹². Pour illustrer ce coût perçu, je prendrais l'exemple de la situation de la première résidente à intégrer le dispositif à son ouverture : Mme B.

Mme B est en ALD (Affection de Longue Durée), donc le forfait soin est pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Sa mutuelle prend en charge le forfait hospitalier 2 mois pleins par année d'hospitalisation. Donc, à compter du 62^{ème} jour, son hébergement en unité d'hospitalisation prolongée lui coûte le montant du forfait hospitalier.

➤ **Coût de l'hospitalisation temps plein au CHGR :**

La Direction des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion du CHGR ne pratique pas la comptabilité analytique mais m'a communiqué le coût moyen régional 2013 pour la psychiatrie temps complet. Ce coût correspond aux dépenses supportées par l'assurance maladie.

- Coût direct à la journée : 203.99 € + coût indirect 98.64 € soit un coût complet de 302.63 €
- Coût complet régional (toutes activités confondues) de la prise en charge d'un patient (file active 2013) : 4 039 €

1 journée d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie adulte coûte :

- à l'assurance maladie : 303,63 €.
- Au patient bénéficiaire d'une ALD: 13,50 € (le forfait hospitalier qui peut être pris en charge par la mutuelle) ou 77,50 € sans ALD.

Aides financières de Mme B :

- AAH (Allocation Adulte Handicapé) : 240 € (30 % de 800 €) puisque d'après le code de la sécurité sociale, pendant son hospitalisation, le montant de l'AAH est réduit et le bénéficiaire n'en conserve que 30 % sauf s'il est astreint à régler le forfait hospitalier.

¹² <http://www.definitions-marketing.com/Definition-Valeur-percue>

- Complément de ressources : 179 €
Soit pour Mme B qui est en ALD, un coût perçu mensuel pour son hébergement de 400 €.

➤ **Coût mensuel de l'hébergement en habitat regroupé**

À la phase d'ouverture, le budget reste un budget estimé car les montant des dépenses en chauffage, eau, téléphonie ne sont pas fixés. L'UDAF 35 propose une estimation haute et n'a pas fait d'étude préalable pour déterminer le nombre idéal de résident pour assurer la viabilité financière de la structure.

Aides financières de Mme B :

- AAH : 800 €.
- Complément de ressources : 179 €
- PCH : son montant permettra la prise en charge financière de l'intervention de la gouvernante.
- APL : 240 €

Mme B va, pour son hébergement, payer les charges personnelles de son logement, de sa nourriture et les charges collectives de la résidence qui sont réparties entre les 8 locataires.

Le budget mensuel estimé par l'UDAF est de 1 890 €¹³.

Soit, pour Mme B un coût perçu mensuel pour son hébergement de 1 890 €.

L'impression que l'hébergement en habitat regroupé coûte plus cher que l'hospitalisation est renforcée par la diminution du reste à vivre utilisé pour payer le tabac, les vêtements, les produits d'hygiène et les loisirs du bénéficiaire.

Le reste à vivre estimé est de 200 €, or en foyer de vie, selon l'article R. 821-8 du code de l'action sociale et des familles, modifié par un décret du 29 juin 2005, le « reste à vivre » minimum pour les personnes accueillies en établissement est fixé à

¹³ Annexe 2 : Projet de budget mensuel prévisionnel de la « Famille-Gouvernante UDAF35 » p 7

30 % du montant de l'AAH à taux plein, soit 240 €. Mme B a donc 40 euros en moins tous les mois pour ses achats personnels si elle intègre l'habitat regroupé.

Par contre, en termes de gain en qualité de vie non estimable, Mme B va pouvoir choisir et acheter du mobilier et équiper un studio et acquérir à nouveau un domicile.

1.1.3 Des politiques publiques intersectorielles favorables à la santé

Un des cinq axes proposés par la chartre d'Ottawa est le développement de politiques publiques favorables à la santé. Il s'agit d'agir au travers de politiques intersectorielles, non seulement des politiques de santé, mais aussi des politiques sociales, économiques, éducatives, de l'emploi et des loisirs, de l'environnement, de l'habitat et de l'urbanisme.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé a été adopté le 14 avril 2015. Son article L. 3221-1. précise : « La politique de santé mentale à laquelle l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernés, et notamment les établissements autorisés en psychiatrie contribue, est mise en œuvre par des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale ».

Cette loi remet sur le devant de la scène la psychiatrie de secteur puisque, comme l'affirme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes: « Cette mission organise un recours à des soins spécialisés de proximité. Elle replace la psychiatrie de secteur dans le cadre global du Service Territorial de Santé au Public (STSP). Elle contribuera à la prévention et à l'insertion des personnes avec les autres acteurs du territoire»¹⁴, tout comme l'ambitionne le projet habitat regroupé pour les patients en hospitalisation prolongée.

La politique de santé mentale et de psychiatrie vise à « une meilleure formation des professionnels, une réduction des disparités régionales, une meilleure collaboration

¹⁴ http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Plan_sante_mentale_2011_2015.pdf p5/41

entre hôpitaux et libéraux, un décloisonnement entre secteurs sanitaire, médico-social et social »¹⁵.

L'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique des 34 pays membres) pour la réalisation du Panorama 2013 explique que les différences dans les modèles de prestations de soins de santé mentale peuvent expliquer en partie les disparités entre pays concernant la proportion de réadmissions programmées et non programmées, seules ces dernières étant un indicateur de mauvaise qualité des services. « Les patients souffrant de troubles mentaux graves continuent de recevoir des soins spécialisés à l'hôpital, mais si cela est jugé approprié, un suivi coordonné est assuré après leur sortie et les patients ne sont généralement pas réadmis à l'hôpital dans les 30 jours si cela n'était pas préalablement programmé. La proportion des patients réadmis à l'hôpital dans les 30 jours est ainsi utilisée comme indicateur de l'absence de gestion adaptée des problèmes de santé mentale hors de l'hôpital »¹⁶. Actuellement, cet indicateur n'est pas relevé au CHGR mais son Département d'Information Médicale (DIM) peut fournir ces données pour extraire le nombre de ré hospitalisations des résidents de l'habitat regroupé. Ceci permettrait de rendre compte de l'efficacité du dispositif et d'évaluer son efficacité, et, le cas échéant, de proposer des axes d'amélioration.

1.2 Les patients en hospitalisation prolongée

Le projet hospitalisation prolongée du Plan directeur 2020-2025 du CHGR a pour objectif de proposer ou d'adapter des alternatives à l'hospitalisation. La terminologie pour désigner ces patients hospitalisés au long cours évolue encore. Ces patients parfois appelés « chroniques », ou « hospitalo requérants » ou encore « hospitalo dépendants », en hospitalisation qualifiée « d'inadaptée » ou « d'inadéquante » sont

¹⁵<http://www.santementale.fr/actualites/marisol-touraine-trace-les-grandes-lignes-de-sa-politique-en-sante-mentale-et-en-psychiatrie.html>

¹⁶ OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

actuellement différenciés des autres par leur durée d'hospitalisation à temps plein : 292 jours.

Le dernier séminaire de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en juin 2015 à Paris propose de désigner ces patients sous le vocable « hospitalisation prolongée » d'après plusieurs critères :

- L'âge
- La durée de l'hospitalisation
- Le logement (absence de domicile, inadaptation)
- Le diagnostic médical (la pathologie)
- L'autonomie
- Le mode de placement en psychiatrie (soins libres ou sous contrainte)

Cette distinction par critères va contribuer à développer des parcours de soins différenciés avec les partenaires.

Dans le projet habitat regroupé, il s'agira de vérifier et d'évaluer si nous avons pris en compte ces critères pour les interventions coordonnées et spécifiques aux besoins du résident. Ces anciens patients en hospitalisation prolongée continueront à bénéficier de soins en ambulatoire.

1.3 Prise en charge de la santé mentale : Diagnostic du territoire 5

Le PRS du territoire 5 a été élaboré en 2012 d'après un état des lieux de la santé de la population réalisé en 2010 par l'ARS et l'Observatoire Régional de Santé Bretagne (ORSB), et un diagnostic de l'offre en santé en Bretagne : offre hospitalière, médecine de ville et médico sociale.

Le PRS Bretagne 2012-2016 ¹⁷ met en exergue quelques repères, notamment :

- Un taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie supérieur au taux national. Les bretons ont consommé 6 414 journées pour 10 000 habitants en 2009, alors que la médiane nationale se situe à 4 820 journées.

¹⁷

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/PRS_Synthese/syntheseprs-022012.pdf

- Une augmentation de la demande de soins et d’accompagnement médico-social. Le nombre de patients suivis par les centres médico-psychologiques (CMP) a augmenté de 7,3 % en psychiatrie générale.
- Une offre sanitaire satisfaisante dans sa globalité en termes de taux d’équipement, mais hétérogène dans sa répartition territoriale, tant sur le plan quantitatif des taux d’équipements que sur le plan qualitatif de la palette d’offres proposées. En 2010, le taux d’équipement global en psychiatrie générale était de 2,03 pour 1000 habitants de plus de 16 ans, contre 1,53 en France métropolitaine.
- Une offre médico-sociale en développement depuis la reconnaissance de la notion de handicap psychique. Ce développement s’inscrit dans un besoin d’accompagnement des équipes et d’amélioration de la connaissance précise de l’offre et des besoins.
- Une tendance à la spécialisation des prises en charge, tant dans le champ sanitaire que médico-social.
- Un manque de fluidité des parcours qui constitue le problème majeur de l’offre actuelle.

1.3.1 L'accès au logement et les inégalités sociales de santé pour les personnes souffrant d'un handicap psychique

« Les séjours prolongés peuvent parfois être une réponse à des situations d'isolement et d'exclusion sociale (absence ou difficulté de maintien dans un logement, support familial et social déficient ou absent).¹⁸

La réhabilitation par le logement va donc être un levier d'action pour agir sur un déterminant de santé et contribuer à diminuer les inégalités sociales de santé.

« L'accès au logement pour les personnes vivant avec un trouble psychique et la prise en compte de la santé mentale des résidents au niveau du quartier constituent un autre enjeu majeur de l'inclusion sociale »¹⁹. Ce terme désigne la participation citoyenne de la personne, « Il envisage l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité »²⁰.

Le plan d'action 2006 – 2015 du Conseil de l'Europe pour les personnes handicapées rappelle le droit des personnes à choisir leur lieu de vie. Pour autant, le plein exercice de ce droit m'apparaît limité par, comme le précise l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes malades et/ou handicapées psychiques) : « La détermination, pour une personne en situation de handicap psychique, de la catégorie de logement ou d'hébergement accompagné adaptée à sa situation, va dépendre de son degré d'autonomie tant sociale que vis-à-vis du traitement de sa maladie »²¹.

Ce choix va être contraint par le degré d'autonomie et par le nombre de places disponibles dans les structures sanitaires, médico-sociales, et par la politique

¹⁸ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>

¹⁹ Adsp-Actualités et perspectives en psychiatrie- n°84 septembre 2013-p35

²⁰ Ibid p36

²¹ <http://www.unafam.org/-3-Le-logement-.html>

sociale d'accompagnement au logement des personnes atteintes de handicap psychique. En Ile et Vilaine, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2015-2019²² prévoit la création de 10 logements adaptés, la création de 6 habitats regroupés, la transformation de 6 places SAVS en habitat regroupé.

1.3.2 *Le dispositif «Familles - Gouvernantes»*

L'appellation « Familles - Gouvernantes » est protégée et a été déposée à l'Institut National de la propriété intellectuelle (INPI) dans les années 1990.

« Le dispositif « Familles - Gouvernantes » est une réponse associative souple et non institutionnelle, concrète et immédiate, qui propose de recréer une cellule à la dimension familiale pour des personnes isolées, cumulant handicaps et/ou pathologies. Un groupe de personnes (en général 5 à 6 résidents) ne pouvant vivre seules de façon autonome, et ne relevant plus d'une hospitalisation ou d'un mode d'hébergement institutionnel, est locataire d'une unité d'habitation (qui peut contenir plusieurs appartements situés à proximité). Ces résidents bénéficient collectivement de la prestation d'une « gouvernante » chargée de veiller à leur entretien et à leur bien-être au quotidien »²³.

En l'absence d'une réglementation, le guide pratique « Familles-Gouvernantes » édité par l'UNAF est un support qui permet aux UDAF de s'approprier une méthodologie pour développer ce type de dispositif.

La lecture de ce guide m'a aidée à comprendre la philosophie et les valeurs portées par l'association. Il présente les intervenants dans le dispositif (profil, missions, formations) le coordonateur, les gouvernantes et les partenaires potentiels. Dans la mesure où il n'existe pas de cadrage juridique, ni de cahier des charges type, il va s'agir de composer avec les acteurs locaux dans le cadre de la politique d'action sociale du P.R.S.

²² Schéma départemental d'Ile et Vilaine

http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/schemadepartemental_0.pdf

²³ UNAF « Famille Gouvernante »- Guide pratique- 2eme édition 2009-2010.p6

Il n'empêche que le dispositif « Famille-Gouvernante » reste fragile non seulement par l'absence de statut juridique mais aussi par son financement basé sur la mutualisation de la PCH. Comme le précise, Jean-Luc Charlot, sociologue : « c'est légal mais seulement dans la mesure où rien ne l'interdit »²⁴. Ce montage financier repose donc sur un accord entre l'UDAF et le Conseil Général, et, sur l'accord du résident bénéficiaire qui doit en être informé et qui à tout moment peut choisir de revenir sur sa décision.

1.4 La coordination médico-sociale et sanitaire

Nous ne disposons pas de CLSM (Conseil Local en Santé Mentale) sur le secteur géographique du pôle G07 pour faciliter la mise en œuvre de ce projet. Or, « le CLS est l'instrument de consolidation du partenariat local ».²⁵ Toutefois, le pôle pilote aussi des actions dans le groupe de travail ANAP-ARS, et cet engagement est facilitateur avec l'ARS dans la communication autour du projet habitat regroupé.

1.4.1 Le parcours de soins du patient en santé mentale

L'ARS, avec l'appui de l'ANAP et les partenaires du territoire, après un diagnostic local, ont émis des objectifs et des axes stratégiques d'actions dont certains concernent le CHGR afin d'améliorer la fluidité du parcours du patient.²⁶

D'après le diagnostic de l'ANAP, les ruptures du parcours sont liées à des insuffisances dans la prise en compte de la spécificité inhérentes à la santé mentale qui concourent à créer ces ruptures:

²⁴ A.S.H -10 Avril 2015- N°2905-« des formes alternatives d'habitat pour plus d'autonomie » p24

²⁵ Jacques Houvier « Enjeux et perspectives du travail en réseau »-Soins Psychiatrie-N° 287-Juillet/Aout 2013-p15

²⁶

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Actualites_2015/semaine_16/2014_PRSenactions.pdf

- L'inadéquation des prises en charge,
- l'hétérogénéité des modalités de soins,
- les manques d'interconnaissance et de collaboration entre les acteurs,
- Des manques d'évaluation de situation.

Il importe donc de structurer ce parcours et de s'inspirer des préconisations du groupe ANAP-ARS, et ce afin d'éviter la rupture du parcours de soins du patient sortant d'unité au long cours vers un habitat regroupé où tout est à construire : la prise en charge des soins somatiques, la désignation d'un médecin référent et l'accompagnement avec la MDPH.

1.4.2 Le réseau : instrument au service de la coordination pluri professionnelle

D'après l'article L6321-1 du code de la santé publique créé par la loi du 4 mars 2002, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique.

Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales, les organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec les représentants des usagers »

Le réseau correspond à «une organisation coordonnée de personnes morales ou physiques, accroissant la rationalité technique et économique d'un dispositif au

sein duquel l'utilisateur circule alors de façon pertinente»²⁷ qui bénéficie d'un financement et d'un cadre juridique pour son fonctionnement. (code de la sécurité sociale, code de la santé publique, circulaire, agrément). Il s'agit donc ici de fonds et de moyens alloués par les pouvoirs publics pour pérenniser et promouvoir le réseau de santé. Ce financement est réglementé par le décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux.²⁸

Le projet habitat bénéficie d'un crédit starter de l'ARS en tant que nouveau dispositif de la filière de soins en santé mentale du territoire 5 : 89 000 €, dont 20 000 € attribués à l'UDAF 35²⁹. Il devrait contribuer au développement du travail en réseau et en partenariat qui répond à une politique publique : « Le partenariat est progressivement devenu un des mots d'ordre de la modernisation et de l'action publique »³⁰.

Sa pérennité va donc reposer essentiellement sur le partenariat des acteurs en présence.

F.X Scheweyer-G.Levasseur-T.Pawlikowska dans « Créer et piloter un réseau de santé- Un outil de travail pour les équipes », proposent cinq variables clés du partenariat :

1 Le niveau d'information partagé par les membres du projet

Des informations communes et diffusées, des échanges et des bilans préparés et évalués.

2 Des relations égalitaires

L'absence de relation hiérarchique est un facteur de réussite et chacun est reconnu selon sa compétence qui vient s'ajouter à celle des autres pour la réalisation des objectifs communs.

3 Un nécessaire retour sur investissement de chacun

²⁷ F.X Scheweyer-G.Levasseur-T.Pawlikowska- *Créer et piloter un réseau de santé- Un outil de travail pour les équipes*-ENSP 2004p 13

²⁸ <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2002/10/25/2002-1298/jo/texte>

²⁹ Annexe 3 : financement de l'ARS

³⁰ Julien Damon « *la dictature du partenariat* » p39-*Informations sociales-partenariat en théorie et en pratique*. N°95-2001

C'est à dire qu'indépendamment de la rémunération, ce qui est présentement le cas, individuellement chacun apprécie les résultats de son implication dans le projet.

4 Une certaine « distance au rôle » ou l'acceptation d'un nouveau rôle professionnel dans le cadre du réseau

Au fur et à mesure de l'avancement dans le nouvel espace de coopération, le rôle et la place dans le groupe vont évoluer au-delà de l'utilitarisme ou du rôle prescrit selon les objectifs initiaux. La qualité des échanges, la connaissance des logiques en présence sont ici ressources.

5 La durée acceptée

C'est-à-dire l'acceptation des imprévus qui empêchent de définir ce qui adviendra, d'autant qu'un réseau peut se transformer, s'arrêter ou fusionner. La pression liée au temps est un facteur d'échec.

Les interactions sociales entre les partenaires sont primordiales puisque « le réseau est a priori fondé sur la concertation, la recherche de consensus, la négociation ». ³¹

La notion de travail en réseau, ou de partenariat, n'est pas nouvelle pour la psychiatrie puisque la circulaire du 15 mars 1960 introduit la notion de secteur et la circulaire du 14 mars 1972 confie au chef de secteur la mission « de créer des liaisons avec tous ceux qui peuvent contribuer à la réadaptation et à la réinsertion ». Toutefois « avec le médico-social, on constate encore trop souvent un curieux ostracisme persistant à l'encontre des malades «psy» pour une entrée en institution, que ce soit dans un foyer de vie ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». ³² Dans la conduite de ce projet, il convient donc de rester attentif à la création de ce nouveau partenariat

³¹ FX Schewyer « *le partenariat dans le système de santé* » P59- Informations sociales-partenariat en théorie et en pratique. N°95-2001

³² Joël Pas « *vers une ouverture des soins en psychiatrie* » Soins psychiatrie-juillet/aout 2013_ N°287-p23.

et de se rappeler qu'il est « le minimum d'actions communes négociées visant la résolution d'un problème ou d'une problématique reconnus communs ». ³³ Il est nécessaire de repérer la logique des partenaires et de pouvoir disposer d'un outil d'analyse tel qu'«une étoile du partenariat » proposée par Julien Damon, responsable du bureau de la recherche de la Caisse Nationale des Allocations Familiales.

Elle permet de différencier ce qu'il nomme « les partenariats conventionnels » basés sur les conventions et les « partenariats organiques » basés sur des coopérations ponctuelles, et de repérer ce qui est « opérationnel » ou « institutionnel ». Dans le management du projet, elle peut ainsi servir au pilote et/ou aux partenaires afin de mieux se situer et de définir tous leurs champs d'intervention et de coopération.

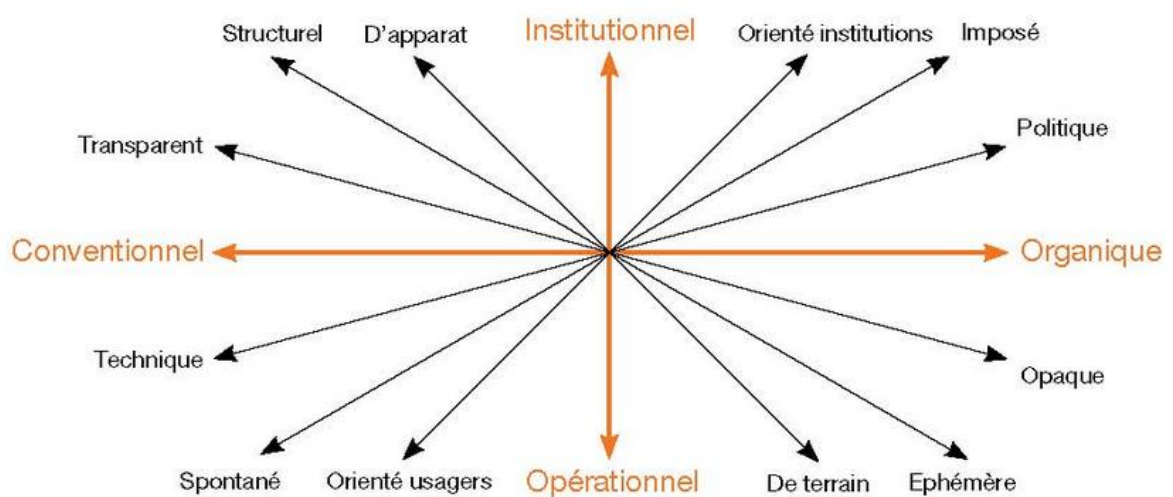


Figure 1 : L'étoile du partenariat. Julien Damon

³³ <http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/pdf/G2.3.pdf>. Corinne Merini, Maitre de Conférence à l'IUFM de Versailles-« le partenariat en éducation à la santé »

2. Descriptif de la mission

2.1 Environnement institutionnel de la mission

L'UDAF 35 sollicite la Direction du CHGR le 30 juin 2014 pour un partenariat dans le cadre de son projet de création d'habitat regroupé de type « Famille-Gouvernante » pour des personnes atteintes d'un handicap psychique.

Cet habitat est situé à l'étage d'un bâtiment à proximité du centre ville de Pacé³⁴. Il est desservi par un ascenseur pour l'accès aux personnes à mobilité réduite. Huit studios d'une surface de trente mètres carrés équipés d'un coin cuisine et d'une salle de bains sont répartis autour d'un grand hall, d'une cuisine et d'une lingerie qui seront des espaces partagés entre les résidents³⁵.

Depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 plus connue sous le nom de loi HPST³⁶ (Hôpital, patients, santé et territoires) le responsable de pôle d'activités est désormais un chef de pôle. Avec son assistant, l'encadrement, les équipes médicales, soignantes, administratives du pôle, il contractualise avec la direction un contrat de pôle. Le bureau de pôle de G07 comprend le médecin psychiatre chef de pôle, les 4 psychiatres, le cadre supérieur qui est son assistant, les 4 cadres de santé, 1 assistante sociale et 1 psychologue. La demande de partenariat est présentée et validée le 8 septembre 2014 en bureau de pôle G07 par le chef de pôle et son assistant car, non seulement l'habitat est prévu sur son secteur psychiatrique, mais la résidence accueil est une alternative à l'hospitalisation qui fait partie des projets que souhaite développer le pôle.

L'unité Daumezon du pôle G07 dispose de 22 lits pour la prise en charge de patients en hospitalisation prolongée. Pour la majorité de ces patients ne pouvant pas bénéficier d'une orientation vers un foyer, une famille d'accueil ou une autre institution en raison de leur degré d'handicap psychique ou de leurs troubles de

³⁴ Annexe 4 : plan de l'habitat regroupé

³⁵ Annexe 5 : plan du studio

³⁶ Loi

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

comportement, le dispositif « Famille- Gouvernante » se présente comme l'une des alternatives à l'hospitalisation pouvant être mise en œuvre.

De la même manière, pour le pôle G08, l'unité Laborit de 20 lits à vocation de réhabilitation accueillent des patients en hospitalisation prolongée. Dans le cadre de son appel à projet, l'ARS préconise un accompagnement social des résidents sur la base d'une convention avec un partenaire. Le SAVS de proximité est situé à Mordelles (SAVA), spécialisé dans le handicap psychique. Il est déjà partenaire du pôle G08 pour des relais de prises en charge des patients de leur file active dans le cadre de leur retour à domicile ou en suivi ambulatoire.

La clôture de réception des propositions qui répondent à l'appel à projet est le 15 octobre 2014 à l'ARS, pour une réponse annoncée en novembre.

Un rapprochement entre les 2 pôles doit alors s'organiser à court terme pour la réalisation de ce projet, et, à moyen terme pour envisager un rapprochement des deux unités Daumazon et Laborit dans le cadre du projet d'établissement du CHGR et de la création d'un pôle hospitalo requérant.

Le comité de pilotage (COPIL), dans un premier temps, comprend les deux chefs de pôles, leurs assistants, un praticien hospitalier, un cadre de santé et 1 assistante sociale par pôle. Après la rédaction de l'appel à projet - en concertation avec le médecin de la CME, la direction du CHGR, le président et la coordinatrice de projet de l'UDAF 35 - le COPIL est restreint. Sa composition représentative aura la charge de la phase opérationnelle du projet et intégrera l'équipe dédiée au dispositif «Familles-Gouvernantes».

C'est à partir de cette phase que le COPIL accepte que je représente le pôle G07 et coordonne les actions, en collaboration avec le praticien hospitalier de l'autre pôle et une assistante sociale de chaque pôle (une titulaire à G07, une suppléante à G08) pour la réalisation de ce projet.

2.1.1 Partenaires opérationnels et financiers du projet et de la mission

Ce nouveau dispositif d'hébergement adapté, financé par la mutualisation de la PCH, n'existe pas encore sur le territoire 5. L'objectif est donc de formaliser

des conventions entre les partenaires qui vont intervenir dans les champs : sanitaire, médico social et social.

2.1.2 Partenaires opérationnels, implication dans la structure et convention

Pour rendre lisible le dispositif et les interactions entre les partenaires, chacun est référé selon son implication dans le projet et les conventions à réaliser.

CHGR-Rennes : Porteur sanitaire du projet, représenté par les pôles G07 et G08.

Le CHGR porte le projet de soins et les pôles G07 et G08 contribuent à la mise en place d'une équipe d'appui ou équipe dédiée.

Conventions de partenariat : CHGR-UDAF 35 ; CHGR-SAVA Mordelles.

UDAF 35 –Rennes : Co porteur du projet.

L'UDAF 35 porte le projet de lieu de vie et d'hébergement adapté.

Conventions de partenariat : UDAF 35-CHGR;UDAF 35-S.A. HLM les Foyers ; UDAF 35-CG35 ; UDAF 35- ADMR

SAVA Mordelles : Co porteur du projet

Le SAVA porte le projet d'accompagnement social des résidents.

Convention de partenariat : SAVA-CHGR

ADMR- Pacé : L'ADMR porte le projet de service d'aide au domicile des résidents.

Convention de partenariat : ADMR-UDAF

S.A. HLM Les Foyers- Rennes : Bailleur social

La S.A. HLM porte le projet de création de 8 logements sur le secteur de Pacé

Convention de partenariat : S.A. HLM- UDAF

MDPH : Accompagnement du projet du patient et collaboration avec les pôles pour la constitution et le traitement des demandes.

2.1.3 Partenaires financiers

ARS : Appel à projet pour le financement de l'intervention sanitaire pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne.

CG35 : Appel à projet pour le développement d'habitats regroupés hors champ médico social.

Financement par la mutualisation de la PCH des résidents et par les APL (Aide Personnalisée au Logement).

Cette mission a débuté en 2014. Depuis les élections départementales en avril 2015, le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine a remplacé le Conseil Général.

2.2 Les enjeux de la mission professionnelle :

D'après le dictionnaire Larousse, l'enjeu est «ce que l'on peut gagner ou perdre dans une entreprise quelconque»³⁷. Stratégiquement, dans ma mission, je vais prendre en compte les enjeux de chaque partenaire. Ma participation à la rédaction de la réponse à l'appel à candidature de l'ARS et à la convention entre le CHGR et l'UDAF 35, facilitera cette démarche³⁸.

Ce projet mobilise différents professionnels de différentes disciplines : sociale, sanitaire, médico sociale qui vont devoir communiquer ensemble en réunion, par mail ou par téléphone. L'idéal est qu'ils puissent travailler ensemble en inter disciplinarité puisque d'après Payette : l'inter disciplinarité se définit « non seulement par la juxtaposition de plusieurs disciplines mais aussi par les relations réciproques que doivent entretenir les professionnels impliqués »³⁹.

La qualité de ces interactions relationnelles va permettre de construire une coopération entre les partenaires. Yves Saint Arnoux, psychologue et professeur émérite au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, décrit la coopération comme une interaction entre des professionnels pourvus de compétences techniques relationnelles et capables de non-ingérence pour atteindre un but commun. « On parle d'ingérence lorsqu'une personne présente comme

³⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enjeu/29621?q=enjeu#29507>

³⁸ Annexe 6 : Appel à candidature de l'ARS Bretagne

³⁹ Payette M (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. Paris : Interactions : www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_5_no_1/V5N1_PAYETTE_Maurice_p19-36.pdf

définitive une opinion sur ce que quelqu'un d'autre devrait penser, ressentir, décider ou faire »⁴⁰.

2.3 Les objectifs de la mission

2.3.1 Objectifs institutionnels

Mandatée par le COPIL, mais sans lettre de mission, il s'agit de :

- Représenter le COPIL dans toutes les réunions ou les instances de l'initialisation jusqu'à la clôture du projet validé par la Direction du CHGR, sans attendre la réponse de l'ARS.
- Communiquer les informations.
- Participer à la mutualisation des moyens entre les 2 pôles.
- Veiller à la coordination des actions dans les 2 pôles
- Organiser l'intervention sanitaire dans le dispositif «Familles - Gouvernantes»
- Former les gouvernantes qui interviendront dans la structure

2.3.2 Objectifs personnels

- Contribuer à l'amélioration de l'offre de soin en santé mentale sur le territoire 5.
- Participer aux actions en santé publique : proposer une méthode transférable
- Développer une réflexion éthique dans l'accompagnement d'un projet partagé
- Mettre en œuvre les connaissances acquises pendant la formation en master PPASP à l'EHESP

⁴⁰ Saint Arnaud y « L'interaction professionnelle, efficacité et coopération ». Montréal : les presses de l'université de Montréal, 2003, P266.

2.4 Méthodologie et démarche choisie

Afin de mieux cerner les enjeux des missions qui m'ont été confiées, j'ai réalisé une revue de littérature pour d'abord me distancier de ma pratique, m'informer sur les évolutions des politiques dans le champ de la santé mentale, du handicap psychique et mieux connaître l'offre de soins sur le territoire 5.

Je me suis également documentée sur les réseaux de santé et les outils de management du travail en réseau pour pouvoir développer des méthodes et stratégie au service de la réussite de ce projet et de la bonne réalisation des diverses conventions entre les partenaires.

En complément de ces recherches, j'ai pu faire du benchmarking. Avec le COPIL élargi et la coordinatrice du projet à l'UDAF 35, nous avons rencontré l'UDAF56 à Vannes qui propose le même dispositif d'accueil et avons pu le visiter et rencontrer les résidents. Je suis allée voir les organisations des autres pôles du CHGR qui ont déjà signé des conventions avec des résidences accueil. Même s'il existe des variantes de financement, de population accueillie, de partenariat, ces expériences partagées peuvent enrichir ma réflexion sur le projet et éviter des écueils.

Présenter ma mission sous la forme de démarche projet permet de :

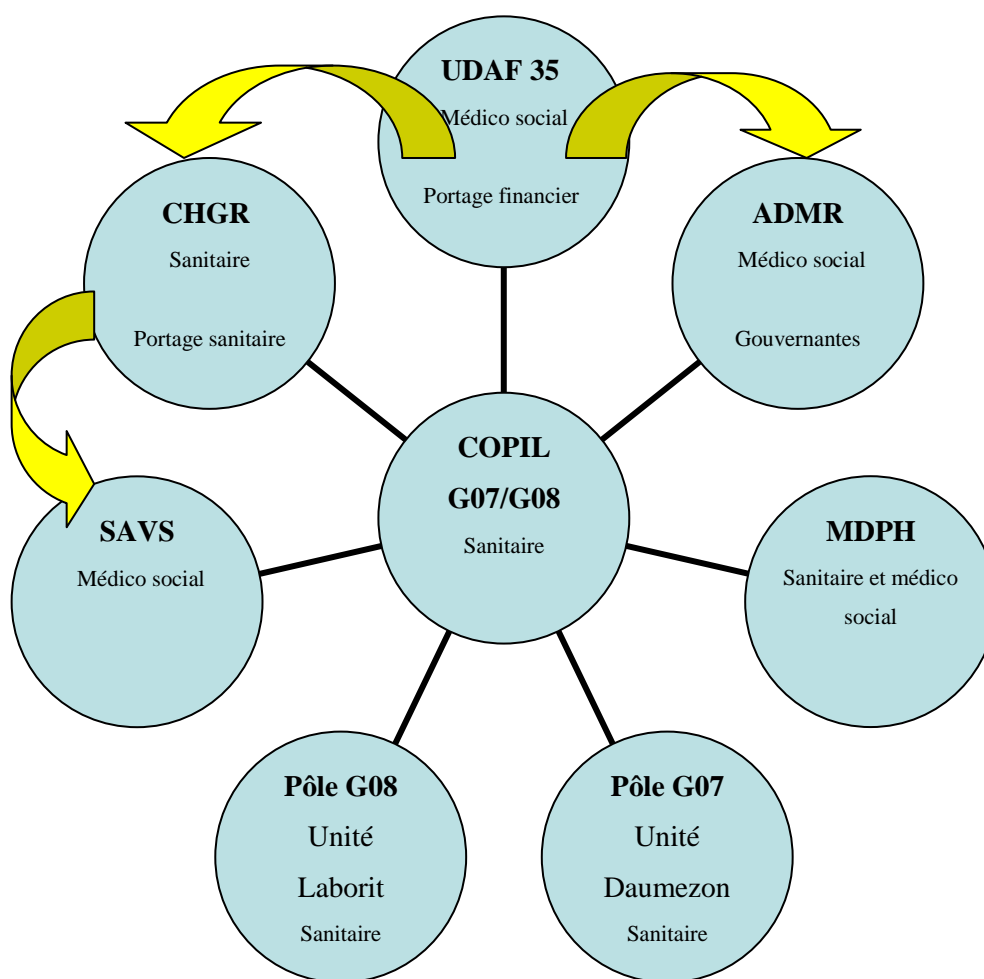
- mieux en rendre compte sur le lieu de stage,
- structurer et analyser les résultats pour les interpréter,
- faciliter la transférabilité du projet sur un autre territoire ou pour une autre population,
- proposer en termes de pilotage des actions en santé publique.

3. La démarche projet

3.1 Etape 1 - Constitution de l'équipe projet et implication des partenaires

Chaque institution désigne ses représentants, comme le font les pôles G07 et G08 en créant un Copil, mais il n'y a pas d'équipe projet, ni de chef de projet de désignés. La coordinatrice de l'UDAF 35 a ce rôle de pilotage. L'UDAF 35 devrait donc être au centre de ce diagramme.

Les difficultés à faire circuler l'information entre les partenaires et l'usage des mails tendent peut être à ce que chacun trouve sa place dans le dispositif pour faire ce lien. Construire ce diagramme, et placer le Copil G07/G08 au cœur du dispositif, aide à repérer les liens à établir, à savoir quand les établir, et à voir l'implication des partenaires dans le projet au regard de leur champ professionnel au profit de la fluidité de l'articulation du sanitaire et du médico social.



➡ Convention / demande de convention entre partenaires.

Figure 2 : diagramme des partenaires du COPIL G07/G08.

3.2 Etape 2 - Diagnostic- Etat des lieux

Comme il est précisé dans l'appel à projet de l'ARS pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale, le CHGR et l'UDAF 35 sont convaincus du besoin majeur de logement adapté pour le handicap psychique.

Ce diagnostic partagé est une priorité du projet d'établissement du CHGR 2012-2016, du projet institutionnel de l'UDAF 35 2012-2017 et est en adéquation avec les conclusions du groupe de travail ANAP-ARS sur les parcours en santé mentale.

Pour faciliter la mise en perspective de cet état des lieux, j'ai réalisé une fiche d'expression du besoin⁴¹ et une note de cadrage⁴².

3.3 Etape 3 - définition des objectifs

Plusieurs échanges à partir de Septembre 2014 sont nécessaires pour rédiger les objectifs opérationnels et les motivations de l'appel à projet ARS puis de la convention entre le CHGR et l'UDAF 35, soit sous forme de réunions, soit sous forme de mails.

Au CHGR :

- Réunions de chaque bureau de pôle séparément : G07 et G08
- Réunions du COPIL G07/G08
- Validation des écrits auprès du médecin président de la CME et de la direction

Avec l'UDAF 35 :

- Réunions du COPIL élargi avec la directrice adjointe du CHGR et le directeur et coordinateur de l'UDAF 35.

Les objectifs opérationnels :

- Limiter les hospitalisations au long cours à l'échelle du CHGR.

⁴¹ Annexe 7 : Fiche d'expression du besoin

⁴² Annexe 8 : Note de cadrage

- Examiner les situations d'hospitalisations au long cours pour favoriser leur accès à un accompagnement adéquat en lien avec la MDPH.
- Renforcer la coopération entre équipes de psychiatrie de secteur et équipes médicosociales pour assurer la continuité des soins psychiatriques des personnes handicapées psychiques en ESMS (Etablissement de Soins médico sociaux).

Les motivations :

- Permettre le lancement de la dynamique du projet hospitalo-requérant
- Diminuer les hospitalisations inadéquates
- Développer le partenariat avec le médico-social
- Réinsérer les personnes en situation de handicap psychique par le logement
- Favoriser la réinsertion via l'habitation regroupée après évaluation de la situation de handicap psychique
- Développer le partenariat avec la MDPH
- Accompagner les résidents vers et au sein du dispositif
- Répondre aux besoins de soins psychiatriques des résidents
- Accompagner/Appuyer/Soutenir/ les gouvernantes et les partenaires de la prise en charge : la formation des gouvernantes sera assurée par le CHGR par le dispositif de formation continue propre à l'établissement.

Tout au long du processus d'écriture de l'appel à projet auquel je contribue, je veille à respecter ou à faire respecter les normes de présentation précisées dans l'appel pour faciliter sa lisibilité et sa recevabilité par l'ARS, son auteur.

L'appel à projet précise :

- Les données administratives
- Les partenaires
- Les engagements et conventions entre les partenaires
- L'orientation concernée par le projet
- Les motivations du choix du projet
- L'impact quantitatif et qualitatif attendu

- Les structures concernées
- Les patients concernés
- Les modalités organisationnelles retenues
- Les gouvernantes
- L'équipe mobile d'appui
- Les données financières
- Le calendrier de mise en œuvre
- Le suivi et l'évaluation

3.4 Etape 4 : Planification des modalités d'évaluation

Aucune planification n'est établie.

La convention précise une date d'ouverture du dispositif « Familles-Gouvernantes» le 1^{er} avril 2015.

Concernant l'évaluation, nous avons écrit dans l'appel à projet qu'« en dehors des échanges au quotidien, la coopération avec l'hôpital se concrétise également par des temps plus formalisés de bilan de la collaboration et/ou de synthèse sur des situations individuelles »⁴³.

Par contre, une liste d'indicateurs est précisée et permettra des analyses quantitatives des résultats après l'ouverture.

Ces indicateurs sont renseignés :

- à partir des mouvements saisis dans le dossier du patient au CHGR : activité ambulatoire en CATTP ou hôpital de jour, en temps complet lors de ré hospitalisation.
- à partir de tableaux de données à construire pour le nombre d'interventions « en urgence », le nombre d'hospitalisations sur lits séquentiels, le nombre de patients hospitalisés au long cours.

⁴³ Annexe 9 :Convention CHGR/UDAF35

3.5 Etape 5 : Planification prévisionnelle du déroulement du projet

Depuis le 8 septembre 2014, date à laquelle le pôle s'est engagé dans ce projet, j'ai participé à l'intégralité des réunions sauf une mais mon cadre supérieur m'a remis ses notes pour que je dispose de la totalité des informations.

Aucun échéancier n'est proposé par les partenaires.

Quelques faits peuvent l'expliquer :

- L'UDAF 35 a fait l'acquisition auprès d'un bailleur d'un immeuble en cours de rénovation et les travaux ont pris du retard. Il n'existe pas de bail type. Lors de l'admission de la première résidente le 15 juin, le bail n'a pas encore sa forme définitive ni la validation de la commission d'admission, le choix de l'opérateur téléphonique n'est pas arrêté.
- Le CHGR propose une première version de l'appel à candidature mais les données financières dépassent les crédits proposés par l'ARS. Une seconde version ajustera précisément les crédits alloués et les crédits redéployés.
- L'ARS ne donne pas sa réponse dans les délais impartis, même après réception de la seconde version corrigée.
- L'ADMR ne recrute pas les gouvernantes car elle reste dans l'attente de la signature de la convention avec l'UDAF 35 qui attend d'avoir 8 résidents issus des pôles hospitalo requérants qui bénéficient de la PCH et qui financeront les salaires des 3 personnes recrutées
- Le pôle G07 ne recrute pas les 1, 40 ETP infirmier pour l'équipe d'appui puisque la date d'ouverture n'est pas précisée,

Mais, une des clés du partenariat réussi est justement « la durée acceptée » et de savoir composer avec les imprévus et aléas de chacun.

Faute de diagramme de Gantt, car je n'ai pas la lisibilité de toutes les ressources et les tâches des partenaires, je vais créer un tableau de suivi recensant toutes les dates de réunions, les partenaires présents, les ordres du jour et les échéances annoncées.⁴⁴

⁴⁴ Annexe 10 : Tableau de suivi des dates de réunions

3.5.1 Phase 1 : Identification des patients éligibles à la PCH en hospitalisation prolongée dans les unités Daumezon et Laborit

Le cahier des charges, proposé par l'UDAF 35, priorise nos actions puisque c'est le montant de la PCH qui est le critère de sélection d'admission dans l'habitat regroupé. Ce montant de la PCH représente un enjeu majeur car l'UDAF 35 ne dispose pas d'un budget global. Le financement repose notamment sur la mutualisation de la PCH que l'UDAF 35 a négocié auprès du conseil départemental. La PCH mutualisée va permettre de financer les interventions de la gouvernante en moyenne 7 heures par jour, 7 jours sur 7.

La directrice adjointe du CHGR, le président de la CME et les COPIL G07 et G08 décident en réunion le 8 septembre 2014, de solliciter l'expertise de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour vérifier l'éligibilité à la PCH des patients pressentis pour bénéficier de ce nouveau dispositif. La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté du 11 février 2005 ont permis la création des MDPH. Chaque département a une MDPH qui assure un rôle d'accueil et d'accompagnement dans les démarches : « la personne handicapée est au cœur de ce dispositif du service public, grâce une réelle prise en compte de son projet de vie et une évaluation fine de ses besoins par une équipe pluridisciplinaire, afin de reconnaître ses droits à la compensation par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) »⁴⁵.

Grâce à une étroite collaboration avec les assistantes sociales des 2 pôles, il va être plus facile de s'approprier « le guide pour l'éligibilité à la PCH-Appui à la cotation des capacités fonctionnelles »⁴⁶ et le guide GEVA (Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée)⁴⁷ défini par le décret no 2008-110 du 6 février 2008 et l'arrêté du 6 février 2008 paru

⁴⁵ <http://www.mdph.fr/> site de la MDPH

⁴⁶ http://www.mda38.fr/download/CNSA_cotation_PCH2011.pdf Guide pour l'éligibilité à la PCH.

⁴⁷ http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf Guide GEVA

au Journal officiel du 6 mai 2008 pour préparer seize dossiers anonymisés pour cette simulation avec la MDPH.

Ces dossiers sont composés d'un certificat médical complété par le psychiatre référent du patient et d'une grille GEVA remplie par l'équipe soignante et l'assistante sociale. La rencontre avec la MDPH le 1er décembre permet au COPIL de comprendre pourquoi 2 dossiers sont récusés car non éligibles à la PCH et d'apprendre à remplir les grilles d'évaluation, grâce à l'explication des critères et des modalités de formulation propres à la MDPH, que je vais transmettre aux équipes soignantes en même temps que le soutien méthodologique pour le remplissage de ces grilles.

3.5.2 Phase 2 : Mise en œuvre de la convention UDAF 35/CHGR

L'intervention du sanitaire dans le médico social va nécessiter la création d'une équipe dédiée ou équipe d'appui :

- Sans demande de crédit supplémentaire :
 - 1 médecin psychiatre
 - 1 cadre de santé
 - 1 psychologue
 - 2 assistantes sociales (1 titulaire, 1 suppléante)
- Avec une demande de crédits de 69 300 euros dans le cadre de l'appel à projet de l'ARS :
 - 1,40 ETP infirmier

3.5.3 Phase 3 : Création d'un profil de poste infirmier

Le benchmarking que je réalise sur les autres pôles du CHGR qui interviennent dans les résidences accueil et habitat regroupé situées sur leurs secteurs n'ont pas d'équipe dédiée. Ces interventions s'ajoutent aux missions des professionnels exerçant en CMP. D'après les cadres de santé concernés, cette organisation convient et donne satisfaction en termes de coordination et de

collaboration. Par conséquent, j'écris le profil de poste de l'infirmier⁴⁸ en incluant les compétences attendues d'un infirmier travaillant en CMP et en ajoutant celles attendues dans une unité accueillant des patients en hospitalisation prolongée. Ce profil de poste sera diffusé aux équipes infirmières en même temps que l'appel à volontaires dès lors que l'ARS financera les postes infirmiers et servira au jury pour le recrutement.

3.5.4 Phase 4 : Le financement de l'intervention sanitaire

L'ARS propose des crédits qui ne sont pas pérennes pour ce nouveau projet. Si les crédits alloués permettent le fonctionnement de l'équipe dédiée avec 2 infirmiers soit 1,40 ETP pendant 2 ans, il reste à imaginer un montage financier qui pérennise leurs interventions.

Justement, le pôle G07 a pour projet de transférer, à court terme, une de ses 2 unités d'admission de 25 lits dans une unité de 20 lits. Cette contribution à la diminution du nombre de lits d'hospitalisation temps plein au CHGR a pour effet de réduire de 1,40 ETP (équivalent temps plein) l'effectif infirmier de fonctionnement, donc de les réaffecter sur le dispositif «familles gouvernantes »

3.5.5 Phase 5 : Procédures d'intervention du sanitaire dans le médico social

Afin d'illustrer nos modalités d'intervention, j'ai réalisé ce diagramme qui sera intégré dans la réponse à l'appel à projet :

⁴⁸ Annexe 11 : profil de poste infirmier

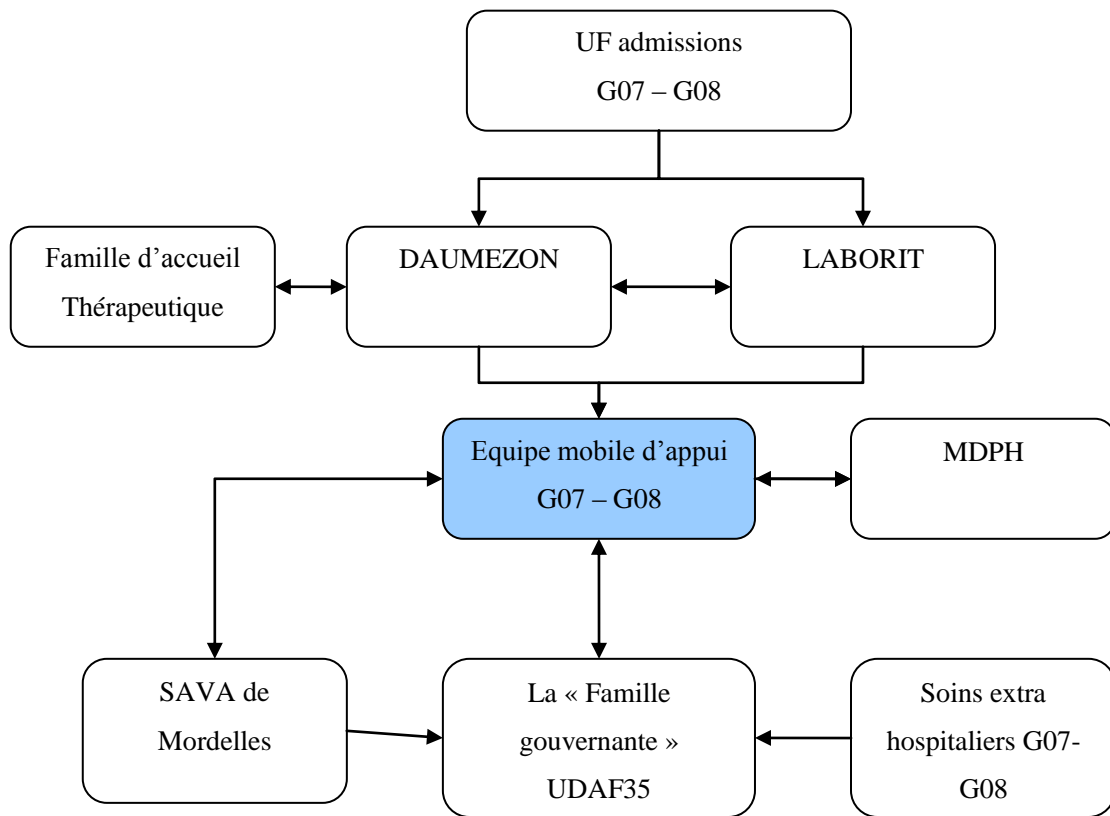


Figure 2 : Modalités organisationnelles retenues par les partenaires : CHGR/UDAF35/SAVS

Bien que les pôles du CHGR et l'UDAF 35 se soient entendus pour rédiger conjointement une convention, et que les modalités organisationnelles aient été écrites avec tous les partenaires, l'ARS demande que soit formalisée avec plus de précision l'intervention du sanitaire dans ce dispositif médico social.

Après avoir réalisé un nouveau benchmarking ciblé sur les procédures d'autres pôles du CHGR intervenant dans des structures médico sociales de type résidence accueil, je vais rédiger 2 procédures⁴⁹. Testées auprès des 2 équipes soignantes des unités Daumezon et Laborit directement concernés, elles seront soumises à l'avis du COPIL et de l'UDAF35 avant envoi à l'ARS

⁴⁹ Annexe 12 : Procédures d'interventions sanitaires dans l'habitat regroupé.

pour finaliser le dossier appel à projet. Ces procédures seront à présenter à l'ADMR, employeur des gouvernantes, quand la convention sera signée entre les 2 partenaires : UDAF35/ADMR.

Stratégiquement, ne sachant pas à ce stade du processus si l'ARS financera l'intervention sanitaire, la procédure permet à un infirmier travaillant au CMP de Pacé, à proximité de la résidence, d'intervenir pour un patient dans la résidence dans les horaires d'ouverture du CMP, ou à un infirmier de l'unité d'origine du patient entre 17 heures et 9 heures

3.5.6 Phase 6 : Organiser la coordination avec la gouvernante

La gouvernante est une auxiliaire de vie sociale (AVS) ou une aide médico psychologique

(AMP). D'après l'UDAF, «la gouvernante est l'interface entre les résidents, le coordonateur du dispositif au sein de l'UDAF et les différents intervenants juridiques, éducatifs et soignants»⁵⁰.

L'UDAF 35 a choisi de ne pas recruter de gouvernante et de solliciter l'ADMR 35 dans le cadre d'une convention. C'est donc l'ADMR qui sera l'employeur des 3 gouvernantes pour permettre le fonctionnement du dispositif. Le salaire des gouvernantes sera financé par la PCH mutualisée des 8 résidents.

A) Les procédures

Elles décrivent l'intervention sanitaire et la coordination avec les gouvernantes. Elles sont des outils de fonctionnement en cas d'urgence ou de sollicitation du résident. Elles sont à compléter avec d'autres supports de communication qui vont devoir préserver le secret professionnel, le droit des résidents tout en permettant une communication qui garantit la prise en charge globale de ses besoins.

⁵⁰ UNAF- « Famille-Gouvernante » Guide pratique 2009-2010-p15

B) L'équipe dédiée

Ses missions d'interface, avec l'équipe pluri professionnelle référente du patient et la gouvernante, vont permettre d'assurer un suivi régulier et d'évaluer la prise en charge du résident au regard de ses troubles psychiques dans son nouvel environnement.

C) Le recrutement des gouvernantes

Dans son guide «Familles - Gouvernantes», l'UNAF a décliné ses attentes sur le profil de la gouvernante. Du fait de la spécificité du handicap psychique, et de l'hospitalisation prolongée des patients qui vont intégrer l'habitat regroupé, nous pouvons présenter des arguments pour que le psychiatre et le cadre de santé participent au recrutement des gouvernantes.

D) La formation des gouvernantes

Initialement prévue avec un organisme partenaire de l'ADMR, elle est finalement assurée par le CHGR pour les mêmes motifs que ceux justifiant notre participation au recrutement des gouvernantes. Dans un délai court, entre la date de cette demande le 28 avril et l'ouverture de la structure prévue le 1^{er} juin, l'ADMR va devoir organiser le recrutement des 3 gouvernantes. Je vais élaborer un programme de formation en concertation avec le service de formation continue du CHGR⁵¹.

3.5.7 Phase 7 : Prendre une place dans la commission d'admission

Sa composition et ses attributions sont mises en discussion en réunion le 28 avril en présence des 3 partenaires : ADMR/UDAF 35/CHGR.

⁵¹ Annexe 13 : Formation continue des gouvernantes

Sa composition

Partenaires du projet	Nombre de sièges et qualités
UDAF	2 : Directeur ; Coordinatrice.
ADMR	2 : Responsable handicap pour la fédération ; Encadrant de proximité.
CHGR	4 : Psychiatre ; Cadre de santé ; Assistante sociale ; Psychologue de l'équipe dédiée.

Calendrier

Nous convenons d'un calendrier, sauf réunion extraordinaire : le dernier lundi du mois, d'un horaire : 16h30 et d'un lieu : la salle de réunion de l'UDAF.

Son ordre du jour, qui peut être complété par les membres de la commission, et son compte rendu sont rédigés par la coordinatrice de l'UDAF et envoyés par mail à ses membres.

Ses attributions :

- Décrire les modalités d'admission,
- Gérer une file active : création d'une liste d'attente pour éviter la prise de décision hâtive,
- Réaliser une check list des conditions administratives et financières,
- Etablir un règlement intérieur,
- Vérifier la stabilité financière du dispositif : mesure de protection juridique des résidents,
- Evaluer et réajuster l'organisation selon les besoins des résidents et les conclusions des réunions institutionnelles. Par exemple : la répartition horaire du passage des gouvernantes.

Lors de la première commission, force est de constater que :

- le dossier d'admission dans le dispositif «Familles - Gouvernantes»
- le règlement intérieur
- la fiche de poste de la gouvernante

sont des documents exclusivement rédigés par l'UDAF ou par la coordonatrice de l'UDAF 35. La qualité des relations interpersonnelles, et la non ingérence des partenaires, vont faciliter la recevabilité de leurs propositions pour apporter des modifications.

3.6 Etape 6 : Valorisation et communication du projet.

L'absence de plan de communication m'a conduit à me référer à la matrice RACI. Elle permet de voir rapidement qui fait quoi dans le projet et de d'adapter le circuit de l'information au regard des responsabilités dans le projet pour « Donner la bonne information à la bonne personne, au bon moment, pour prendre la bonne décision »⁵².

RACI :

R : réalisateur :

A : autorité ou responsable

C : consulté

I : informé

- Communication entre les différents partenaires externes et avec les instances du CHGR:

L'utilisation de l'informatique est le support de communication autour de ce projet. Il permet d'informer les différents correspondants selon l'objet et d'élargir le nombre de contributeurs au projet selon leurs compétences et le RACI.

Le courriel a systématiquement initié des échanges téléphoniques avec les correspondants.

- Communication dans les Pôles :

Elle est différente entre les 2 pôles du fait probablement de la participation active des professionnels dans le projet et de leur situation professionnelle. Etant présente en bureau, en conseil de pôle en réunion cadres de santé du fait de ma fonction de proximité, j'ai de multiples possibilités de communiquer dans différentes instances, différents lieux et interlocuteurs dans le pôle G07, mais pas dans le pôle G08.

⁵² Citation- de Michael Porter – Professeur de stratégie d'entreprise à l'université de Harvard

- Communication avec les équipes et les patients en hospitalisation prolongée : Déléguée au cadre de santé de l'unité, la différence de communication entre les 2 pôles a un impact sur l'adhésion au projet. Dans le pôle G07, le chef de pôle, son assistant, le cadre de santé, l'assistante sociale informent l'équipe soignante et les patients de Daumezon de l'avancée du projet. Ils les accompagnent dans les remplissages de la grille GEVA, l'information à la famille ou au représentant légal. L'équipe soignante avec les patients a pu visiter les logements. Cette visite a renforcé l'adhésion des patients au projet. Le pôle G08 n'a pas visité les locaux, les patients éligibles à la PCH ont changé d'avis et ne sont plus d'accord avec le projet.

- Communication pour garantir le fonctionnement d'une nouvelle offre de soins de proximité dans un nouvel environnement.

Avant l'ouverture de la structure, en concertation avec la Direction Communication du CHGR, le chef de pôle et son assistant devraient organiser un plan de communication destiné aux professionnels libéraux, services d'urgence, et élus de l'existence de ce nouveau dispositif sur leur territoire. Après vérification, l'UDAF35 a déjà rencontré les élus au moment de l'acquisition des locaux. Néanmoins, mon expérience de cadre de santé en CMP me permet de prendre la mesure de la stigmatisation de la santé mentale et du chemin à parcourir pour déstigmatiser les « patients psy ». J'ai pu constater depuis 5 ans, dans le cadre de la SISM (Semaine Info Santé Mentale) que le fruit de notre travail de groupe pour préparer la soirée que nous organisons sur St Aubin d'Aubigné avec le CDAS (Centre Départemental d'Action Sociale) le CLIC(Centre Local d'Information et de Coordination), et tous les autres acteurs du territoire, y compris les bénévoles du secours populaire, les collègues participaient à agir sur les représentations sociales individuelles et collectives. Nous pouvons imaginer délocaliser cette soirée SISM à Pacé.

4. Evaluation

4.1 Freins au projet

- Absence de calendrier

Un projet, d'après la norme Afnor (X50-115)-PROJET, est un « processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entreprises dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques ».

Ce projet déjà complexe par le nombre de partenaires concerné ne propose pas de calendrier pour coordonner les tâches.

- Absence de chef de projet

Notre interlocuteur privilégié, la coordinatrice de l'UDAF 35 ne s'est jamais, ou n'a jamais été désignée comme chef de ce projet par son directeur. Elle n'a donc pas pu organiser les ressources ou informer au regard des aléas du projet. Ainsi, chaque partenaire a dû prendre sa place au fur et à mesure du processus et mobiliser ses propres ressources.

La tenue de fiche de reporting pour chaque tâche aurait facilité la collaboration et la coordination entre les partenaires, même si les réunions permettaient de mesurer les écarts entre l'objectif, les résultats attendus et la réalité des faits.

- Un projet à l'interface du sanitaire et du medico social

Ce projet n'a pas bénéficié d'une enveloppe budgétaire du conseil départemental. L'UDAF 35 a dû négocier un accord pour mutualiser la PCH afin d'assurer les coûts de fonctionnement de la structure. C'est donc sur leurs fonds propres qu'ils ont assuré la charge économique des travaux de rénovation, l'aménagement des locaux partagés (cuisine équipée, lave linge, sèche-linge).

Pendant tout le processus, et juste avant la date d'ouverture au mois de juin, nous avons été dans l'expectative d'une réponse favorable de l'ARS. Même si l'ouverture de la structure n'est pas soumise à son autorisation, les crédits de l'ARS vont soutenir l'intervention sanitaire.

- Un cadrage juridique mal défini

Comme nous l'avons constaté, le statut juridique des «Familles - Gouvernantes» est fragile. La légalité du bail proposé par la coordinatrice de l'UDAF 35, qui lie l'UDAF 35 et les locataires, n'a pas pu être vérifiée par un juriste avant l'attribution du premier studio à une résidente. Enfin, la mutualisation de la PCH va à l'encontre, selon l'Association des Paralysés de France (APF), du principe de prestation individuelle qui répond aux besoins spécifiques en lien avec le handicap de la personne.

- Les peurs du changement

Celles du patient semblent légitimes. Hospitalisé depuis de nombreuses années, il n'a plus ses repères à l'extérieur. Il ne fait pas ses courses alimentaires, ne prépare plus ses repas. Les sorties à l'extérieur sont le plus souvent accompagnées par un soignant. L'assistance sociale du service gère avec lui ses démarches administratives mais, le plus souvent, il est sous mesure de protection du fait de son handicap psychique. Lorsqu'il est malade, le médecin généraliste se déplace dans sa chambre et les médicaments sont distribués au moment des repas par l'infirmier. Tous ces repères qui contribuent à la stabilité de ses troubles psychiatriques vont disparaître dès son entrée dans le studio de l'habitat regroupé.

Les peurs des soignants me paraissent un obstacle majeur pour la valorisation du projet auprès des patients et de leur entourage. Certains sont persuadés que les patients ne sauront pas s'adapter à un nouvel environnement car l'institutionnalisation a ajouté un nouveau handicap au handicap psychique. D'ailleurs, tous les soignants ont posé la question de la qualification des gouvernantes et regrettent que ce ne soit pas systématiquement une A.M.P. Pourtant le dispositif «Familles - Gouvernantes» a déjà démontré qu'il était compatible avec l'accueil de patients souffrant de handicap psychique, comme nous avons pu l'observer en visitant « la Famille-Gouvernante » à Vannes.

4.2 Leviers au projet:

- Opportunité du projet sur le territoire

Le levier majeur de ce projet est qu'il répond à une politique territoriale de soins et à un besoin identifié par tous les partenaires.

- Un cahier des charges du fonctionnement de la structure

Même si les valeurs financières indiquées dans le cahier des charges n'étaient pas définitives, l'UDAF 35 l'a présenté au début du projet aux partenaires. Certains montants n'ont pas pu être précisés en raison de l'absence d'un choix de prestataire, par exemple pour la téléphonie. Néanmoins, c'est avec ces données quantitatives que nous avons pu envisager la viabilité du projet, en prenant en compte notamment « le reste à vivre » du résident. Cette somme est celle destinée à ses loisirs ou besoins personnels.

- Les ressources humaines

Internes :

Plus facile à repérer, elles sont déjà connues et lisibles dans l'organigramme de l'institution. Au début du projet, nous avons sollicité l'expertise de la Direction Communication et la validation du Médecin représentant de la CME pour la rédaction de la convention et, dans l'avancée du projet, les retours en terme d'évaluation de la conduite du projet ont permis de prendre une place légitimée dans ce nouveau partenariat. Au stade de la formation des gouvernantes, c'est le soutien logistique et technique du service de formation continue que j'ai pu mobiliser.

Externes :

Chaque partenaire a identifié ses acteurs principaux. Mais c'est en analysant les destinataires des mails, que j'ai remarqué le nombre croissant d'acteurs mobilisables pour le projet, rendant visible l'organigramme. Je prendrais l'exemple de l'ADMR, partenaire qui est intervenu plus tardivement dans le processus. Lors d'une réunion, j'ai rencontré la présidente de l'ADMR et le cadre responsable du handicap. Elles étaient mes deux seules personnes ressources quand j'ai commencé ma réflexion sur

la coordination de l'équipe dédiée avec les gouvernantes et la création d'une formation spécifique. Au fur et à mesure, leurs mails étaient aussi adressés à la cadre responsable des plannings des gouvernantes, au cadre responsable du recrutement, puisqu'ils étaient directement concernés par la tâche du projet en cours. Afin d'élargir ce réseau, il m'a suffi d'envoyer une première réponse à tous les correspondants concernés pour débiter une nouvelle collaboration et amorcer des échanges téléphoniques. C'est ainsi que nous avons pu ajuster le contenu et la durée de la formation aux objectifs fixés mais au regard des contraintes de l'ADMR.

- La mobilisation interdisciplinaire

Dans mon observation des tâches réalisées par chacun des acteurs, j'ai pu repérer l'existence des 5 clés du partenariat qui ont contribué à la réussite de ce projet : le partage des informations, des relations interpersonnelles égalitaires, une reconnaissance des compétences individuelles et de l'engagement dans un projet construit collectivement, l'acceptation des retards et les aménagements du projet selon les aléas.

C'est ainsi que, par exemple, à l'approche de l'ouverture, le groupe de travail a été confronté à l'absence de volontaire pour intégrer la structure. C'est par une approche de résolution de problèmes en construisant un diagramme Ishikawa⁵³ que j'ai pu proposer la création d'un meublé par la mise en évidence que le coût généré pour acheter du mobilier et du linge de maison interférait largement dans la prise de décision du patient ou de son entourage. Cette nouvelle possibilité offre de tester pendant quelques mois un logement sans frais d'équipement (le mobilier étant mis à disposition par le CHGR) en bénéficiant de l'allocation logement ou d'autres aides financières, grâce aux démarches de l'assistante sociale. L'UDAF 35 a accepté ma proposition, et l'ADMR pourra lisser le coût des interventions de la gouvernante.

⁵³ Annexe 14 : Diagramme Ishikawa

5. Acquisition de nouvelles compétences

5.1 « Faiseur de liens »

Les conventions entre les partenaires viennent incarner les liens entre le sanitaire et le médico social et organiser cette transition. Toutefois, sont-elles suffisantes pour éviter les ruptures dans le parcours de soins ? Nous avons organisé l'intervention sanitaire et celles des gouvernantes dans l'habitat regroupé, mais quid à l'extérieur ?

Ce projet a mobilisé, dès son origine, des professionnels du champ sanitaire et du médico social. Avant l'ouverture de l'habitat regroupé, « les acteurs locaux de santé publique que sont les élus locaux ou les acteurs du logement »⁵⁴ restent à mobiliser.

« L'objectif est bien aujourd'hui que la personne en situation de handicap psychique retrouve sa place, non pas de patient ou d'usager, mais de citoyen doté de compétences et d'habilités sociales et soit autant que faire se peut actrice de son parcours de vie. »⁵⁵.

Dans mes recherches à propos du logement et du handicap psychique, j'ai remarqué les nombreux témoignages des patients et des familles concernant les ruptures subies dans le parcours de soin. En 2014, un travail de recherche sur la démocratie sanitaire de l'ARS Bretagne, m'a permis de rencontrer le président du CISS (Collectif Interassociatif sur la Santé). Même si la loi du 4 mars 2002 a renforcé la représentation de l'usager, sa participation n'est pas toujours effective dans les groupes de travail ou les instances⁵⁶. J'ai donc sélectionné un travail conduit par l'ARS Bourgogne en 2012 sur le « parcours de soin, parcours de vie ».⁵⁷ Il est élaboré à partir du recueil de la parole du patient ou de son entourage, en collaboration avec l'UNAFAM Bourgogne, pour construire une boîte à outils de

⁵⁴ibid

⁵⁵ Les cahiers du CCAH " *Handicap psychique-Parcours de soin, parcours de vie*"-mai2013-p26/

⁵⁶ Le travail de l'an dernier

⁵⁷ www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/userfiles/files/

« faiseur de liens » qui complète celle que j'utilise en tant que cadre de santé dans ce projet.

Les points de rupture identifiés sont, je cite :

- « Les intervenants qui prennent en charge les personnes en crise sont une fois sur deux les pompiers, les organismes privés (SOS Médecins, ambulances : 33 %), puis les autres intervenants (structures de soins médico-sociales, familles, police...) devant les professionnels des Urgences (32 %) ».
- « La plupart de ces intervenants n'ont pas réellement de compétence psychiatrique.
- « Les manques dans le soutien et l'information aux proches ».

Les solutions proposées :

- La mobilité des équipes psychiatriques pourrait soutenir les proches et intervenir dans le cadre de la prévention et pas uniquement dans la gestion de la crise.
- Les associations culturelles et sportives ouvertes à tous les publics, les accueils de jour pour favoriser l'insertion ou le maintien dans la vie sociale.
- La présence d'une personne référente, garante du parcours, qui connaît les besoins et coordonne les activités, qui est le lien entre les institutions sociales et sanitaires.
- L'assistante sociale pour consolider le maintien dans la vie sociale.
- Le Centre de ressources pour personnes malades et/ou en situation de handicap psychique (CReHPsy).
- Un service d'écoute téléphonique 24h/24.

Pour faire ces liens, nous avons déjà prévu des dispositifs :

- La gouvernante
- L'équipe dédiée et mobile
- La permanence téléphonique
- La commission d'admission

Il reste toutefois à réfléchir :

- Comment allons-nous informer les intervenants de la crise ? Qui sont-ils ? Nous connaissent-ils ?
- Comment sensibiliser ces intervenants à la santé mentale ? Avec quels moyens ?
- Quel est l'environnement social du patient ? Est-il informé ? Est-il soutenant ? A-t-il besoin d'être soutenu ?
- Les associations locales accueillent-elles tous les publics ? Peuvent-elles être un complément ou un relais dans la prise en charge en accueil de jour du patient ?
- Comment développer une collaboration entre le CDAS de Pacé et les assistantes sociales de l'équipe dédiée ?
- Comment accompagner les équipes des unités au long cours sur les appels en cas d'urgence ?

5.2 Transférabilité de la démarche

Malgré des manques méthodologiques, la conduite de ce projet a permis l'ouverture de la structure.

Les méthodes et outils mobilisés pendant ma mission sont transférables car j'ai appris à construire une action de santé publique selon des exigences de mise en forme, de référence à des normes et textes réglementaires dans un contexte de territoire de santé :

- Avec un autre partenaire au statut médico social :

L'intervention du sanitaire dans des structures médico sociales existe déjà depuis de nombreuses années. Ces interventions sont encadrées par des conventions, des procédures ou des règlements intérieurs et le résultat de consensus entre les acteurs. Pour la rédaction des procédures, il convient de connaître les textes juridiques encadrant les professions concernées et la philosophie du ou des partenaires.

- Avec une population souffrant d'un autre handicap :

Dans cette mission, le critère d'admission dans le dispositif est l'éligibilité à la PCH de patient souffrant de handicap psychique. Nous pouvons imaginer transposer cette démarche pour des patients atteints de T.E.D (troubles envahissants du développement) et de la même manière, solliciter la MDPH pour accompagner le projet de soins du patient.

- Sur un autre territoire de santé :

Ce projet répond à un besoin et est en adéquation avec les politiques du territoire. Il importe donc de repérer et de formaliser le besoin de la population, dans le cadre des priorités de santé, définies dans le PRS, pour se mettre en mode projet.

- Avec d'autres professionnels à former :

J'ai appliqué, avec le soutien logistique et pédagogique du service de formation continue du CHGR, la méthodologie de l'ingénierie de formation, qui est un «ensemble de démarches méthodologiques cohérentes qui s'appliquent à la conception de systèmes d'actions et de dispositifs de formation pour atteindre efficacement l'objectif fixé»⁵⁸ qui peut s'appliquer pour un autre contenu et un autre public.

⁵⁸ <http://www.cedip.equipement.gouv.fr/ingenierie-de-la-formation-a256.html> Définition de l'ingénierie de formation.

Conclusion

L'approche par les déterminants de la santé a permis à chaque acteur de trouver sa place dans un projet interprofessionnel. Chacun, au regard de son champ professionnel, a pu mettre à disposition du groupe de travail ses compétences pour contribuer à la réussite de ce projet. Ce mode d'approche semble donc facilitateur pour proposer une action en santé publique avec plusieurs partenaires ou pour un travail en réseau.

Bien que ce projet soit situé au cœur de la ville de Pacé, nous n'avons rencontré ni ses élus ni les professionnels libéraux installés au rez de chaussée de l'habitat. Il serait opportun de solliciter les élus pour créer un Contrat Local de Santé Mentale (CLSM) car « le rôle des conseils locaux de Santé Mentale dans l'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique est central. Les CLSM regroupent autour d'un projet d'inclusion, les acteurs politiques, sanitaires et sociaux »⁵⁹.

Dans ce cadre, nous pourrions prévoir un programme de prévention en santé mentale « en formant les acteurs, en professionnalisant les interventions, en évaluant »⁶⁰ pour dépister et mettre en œuvre des solutions sans recourir à l'hospitalisation, comme nous l'envisageons pour les gouvernantes.

Nous avons tous dû composer avec un montage financier qui a complexifié le déroulement du projet. L'UDAF 35 n'a eu que tardivement la garantie de l'accord du Conseil Départemental pour la mutualisation de la PCH. Justement, François Hollande, Président de la République préconise d'aller dans le sens d'« une simplification de la PCH en vue d'en permettre sa mutualisation dans le cadre de logement partagé »⁶¹.

Le critère d'éligibilité à la PCH suppose que le patient a besoin d'aide dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne mais aussi qu'il soit suffisamment autonome pour vivre en habitat regroupé. Cet équilibre entre l'évaluation de la

⁵⁹ Adsp-n°84 Septembre 2013- Actualités et perspectives en psychiatrie p-36

⁶⁰ Rapport préparatoire au schéma des services collectifs sanitaires-Quel système de santé à l'horizon 2020 ?-Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-CREDES-La Documentation Française-Paris 2000- p296

⁶¹ ASH- 10 avril 2015 _ p 24

dépendance et l'autonomie serait peut être plus juste, si la proposition de compléter les outils actuels de la MDPH (la grille GEVA et le certificat médical) par une note sociale, et la description d'une journée type, est validée par l'ARS.

L'absence de comptabilité analytique à l'UDAF 35 et au CHGR ne permet pas de construire des indicateurs pour évaluer le retour sur investissement du dispositif. Cette comptabilité contribuerait à améliorer le portage financier par les instances régionales des projets, en lien avec les alternatives à l'hospitalisation, pour faciliter l'ouverture de logement de type « Familles-Gouvernantes » s'ils s'avèrent plus économes, en proposant par exemple, un amortissement des crédits alloués.

Bien évidemment, il manque la mesure du retour sur un autre investissement : le mieux être, car « on ne peut pas mesurer le niveau de santé mentale ni de mieux-être avec des instruments »⁶². Ces données économiques pourraient contribuer au développement de principes financiers incitatifs pour l'usager ou son entourage, pour sortir de l'hospitalisation prolongée.

⁶²J-F Pelletier, M.Piat, S.Côté, H.Dorvil « Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale »-Presses de l'université du Québec-2009- p117

6. Note de Synthèse

En Décembre 2014, le CHGR et l'UDAF 35 ont répondu ensemble à un appel à projet de l'ARS Bretagne pour accompagner l'évolution de l'offre de soin en santé mentale. Les conventions signées entre les porteurs financiers et les différents partenaires permettent de proposer une alternative à l'hospitalisation temps plein en habitat regroupé pour des patients en hospitalisation prolongée.

L'UDAF 35 propose, dans le cadre de son dispositif «Familles-Gouvernantes », 8 studios à l'étage d'un immeuble situé à Pacé, destinés à l'accueil de patient actuellement en hospitalisation prolongée au CHGR et éligibles à la PCH. Sans financement global, le montage budgétaire de l'UDAF, avec l'accord du conseil départemental d'Ille et Vilaine, s'appuie sur une mutualisation de la PCH des 8 résidents et permet de financer les interventions quotidiennes de la gouvernante, environ 7 heures par jour.

Les pôles G07 et G08 qui interviennent sur cette commune vont représenter le CHGR, et seront les partenaires sanitaires dans ce projet. Un COPIL composé de professionnels des 2 pôles (un médecin psychiatre, une cadre de santé, 2 assistantes sociales) est désigné pour le suivi du projet et sa mise en œuvre opérationnelle.

Ce nouvel habitat va pouvoir être proposé aux patients hospitalisés dans les unités au long cours de G07 (Daumezon) ou G08 (Laborit).

La collaboration avec la MDPH et les 2 pôles a permis de vérifier l'éligibilité de 14 patients sur 16 à partir de dossiers anonymisés et d'améliorer le remplissage des grilles GEVA et du certificat médical. Pourtant, à l'approche de la date d'ouverture, seul le pôle G07 a 2 patients prêts à entrer dans le dispositif «Familles - Gouvernantes». Effectivement, il faut que ces patients soient éligibles à la PCH, mais il est nécessaire que leurs ressources soient suffisantes pour régler les charges du logement, que leur mode d'hospitalisation soit compatible avec ce type d'hébergement mais surtout qu'eux, ou leur famille ou représentant légal, adhèrent à ce projet. La mise à disposition d'un studio meublé par le CHGR permet de tester

sur une période courte l'adéquation du projet pour le patient avant de s'engager définitivement.

La valorisation du projet par les équipes de soins est donc primordiale pour faciliter cette adhésion.

L'intervention sanitaire dans la structure bénéficie d'un financement par l'ARS à la hauteur de 69 000 euros qui correspond à 1,40 ETP infirmier qui ont été recrutés selon un profil de poste spécifique à ce dispositif.

Cette intervention est organisée selon différentes modalités :

- Une équipe dédiée ou équipe d'appui : les représentants du COPIL, un psychologue, et des infirmiers
- Un protocole prévoit la coordination avec les gouvernantes et la gestion des sollicitations des résidents ou des urgences de jour et de nuit.
- Le résident conserve sa référence médicale pour les soins en psychiatrie.

Les supports de communication entre les gouvernantes, l'équipe dédiée, et les équipes référentes du patient, seront à élaborer pour assurer la continuité de sa prise en charge en veillant au respect professionnel.

Les crédits alloués par l'ARS n'étant pas pérennes, la saisie de l'activité Rimpsy dans l'habitat regroupé est primordiale pour évaluer le nombre d'actes réalisés et par quel professionnel pour la valoriser. Un nouveau lieu d'intervention sera donc créé auprès du DIM.

L'UDAF 35 a signé une convention avec l'ADMR, service d'aide à domicile, pour organiser l'intervention des gouvernantes, dont l'ADMR reste l'employeur.

Le programme de formation proposé au CHGR : «approche de la santé mentale en habitat regroupé» pour les gouvernantes, envisagé sur une semaine, n'a pas pu être réalisé comme prévu avant l'ouverture de l'habitat regroupé. Une évaluation des besoins en formation des gouvernantes avant la fin du 2ème semestre 2015 permettra d'en réajuster le contenu.

La mise en place d'une commission d'admission, où sont représentés tous les partenaires du projet, se réunit mensuellement. Dans ses attributions, elle décide des admissions mais également vérifie la stabilité financière, évalue et réajuste

l'organisation du dispositif selon les besoins des résidents et les conclusions des réunions institutionnelles.

Les ordres du jour et les comptes rendus sont rédigés par la coordinatrice de l'UDAF 35, Elle sera désignée coordinatrice de l'habitat entre le CHGR et l'ADMR à son ouverture par le directeur de l'UDAF 35.

7. bibliographie

- **Textes juridiques et réglementaires :**

Loi HPST : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 :

[http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475
&categorieLien=id](http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id)

(Consulté janvier 2015)

Le projet de loi de modernisation du système de santé :

[http://www.social-
ante.gouv.fr/rubrique_technique,281/carrousel,2376/actualite-
presse,42/communiqués,2322/le-projet-de-loi-de-modernisation,17781.html](http://www.social-ante.gouv.fr/rubrique_technique,281/carrousel,2376/actualite-presse,42/communiqués,2322/le-projet-de-loi-de-modernisation,17781.html)

(Consulté avril 2015)

Les réseaux de santé :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00
0006072665&idArticle=LEGIARTI000006691335&dateTexte=20120428](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT00006072665&idArticle=LEGIARTI000006691335&dateTexte=20120428)

(Consulté mars 2015)

Décret n°2005-725 du 29 juin 2005 relatif à l'allocation aux adultes handicapés modifiant le code de la sécurité sociale (troisième partie : Décrets) :

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT0000060
51939](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006051939)

(Consulté mai 2015)

Le secteur psychiatrique : la circulaire du 15 mars 1960 :

[http://www.chameaupsy.com/documents-d-archive/107-circulaire-du-15-
mars-1960](http://www.chameaupsy.com/documents-d-archive/107-circulaire-du-15-mars-1960)

(Consulté mars 2015)

Missions du chef de secteur : la circulaire du 14 mars 1972 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000850881&categorieLien=id>

(Consulté mars 2015)

- **Rapports officiels :**

Organisation Mondiale de la santé, Département de la santé mentale et abus de substances psycho-actives, *investir dans la santé mentale*, 2004-Genève, 49 pages.

Rapport préparatoire au schéma des services collectifs sanitaires, « *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-CREDES, La Documentation Française, Paris, 2000,296 pages.

- **Documents administratifs de Planification**

Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020, Bibliothèque de l'OMS, 2013, 52 pages.

- **Ouvrages :**

UNAF, Guide Pratique, « *Famille Gouvernante* », -2eme édition , 2009-2010, 79 pages.

Scheweyer F.X, Levasseur G, Pawlikowska T, « *Créer et piloter un réseau de santé- Un outil de travail pour les équipes* », -ENSP 2004.

Saint Arnaud y, « *L'interaction professionnelle, efficacité et coopération* », les presses de l'université de Montréal, Montréal 2003, 266.pages.

Pelletier J-F, Piat M., S.Côté.,Dorvil H, « *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale* »,Presses de l'université du Québec, 2009, 117 pages.

- **Articles :**

Jacques Houvier, « *Enjeux et perspectives du travail en réseau* », Soins Psychiatrie,n° 287-Juillet/Aout 2013,p15.

Joël Pas, « *vers une ouverture des soins en psychiatrie* » Soins psychiatrie, juillet/aout 2013, n°287, p2.

« *Des formes alternatives d'habitat pour plus d'autonomie* », A.S.H, n°2905,10 Avril 2015, p22-25.

Julien Damon, « *la dictature du partenariat* », Informations sociales-partenariat en théorie et en pratique, n°95,2001, p39.
« La santé de l'homme », n°413, Mai/Juin 2011.
« Pour une stratégie nationale de santé », *Soins cadres*, n°88, Novembre 2013.
« *Actualités et perspectives en psychiatrie* », Adsp , n°84, septembre 2013.

François Xavier Scheweyer, « le partenariat dans le système de santé », Informations sociales-partenariat en théorie et en pratique, n°95-2001, p59.
Les cahiers du CCAH, Handicap psychique-, « *Parcours de soin, parcours de vie* », mai2013, 26 pages.

▪ **Travaux de recherche :**

Master 2 PPASP 2013-2014, groupe de validation, UE12 « La démocratie sanitaire de l'ARS Bretagne ».

▪ **Documents et sites internet :**

ARS bretagne :

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Actualites/Actualites_2015/semaine_16/2014_PRSenactions.pdf

(Consulté Janvier 2015)

Projet Régional de Santé Bretagne :

<http://www.ars.bretagne.sante.fr/Schemas-regionaux.123364.0.html>

(Consulté Décembre 2014)

http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/PRS_Synthese/syntheseprs-022012.pdf

(Consulté en Décembre 2014)

Schéma départemental d'Ille et Vilaine :

http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/schemadepartemental_0.pdf

(consulté Janvier 2015)

▪ **Handicap et Santé Mentale :**

site de la MDPH :

<http://www.mdph.fr/>

(Consulté janvier 2015)

Guide pour l'éligibilité à la PCH :

http://www.mda38.fr/download/CNSA_cotation_PCH2011.pdf

(consulté janvier2015)

Guide GEVA

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/GEVA_graphique-080529-2.pdf

(consulté janvier 2015)

Site de l'UNAFAM :

<http://www.unafam.org/-3-Le-logement-.html>

(consulté mai 2015)

Site de la MDPH :

<http://www.mdph.fr/>

(consulté janvier 2015)

Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

(Consulté Décembre 2014).

Plan santé mentale 2011-2015 :

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Plan_sante_mentale_2011_2015.pdf

(Consulté Janvier 2015)

Définition de l'OMS-Chartre Ottawa-1986 :

[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?
ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1)

(Consulté Janvier 2015)

Les indicateurs de l'OCDE :

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr

(Consulté mars 2015)

Les données IRDES :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf>

(Consulté Janvier 2015)

Actualités politiques :

<http://www.santementale.fr/actualites/marisol-touraine-trace-les-grandes-lignes-de-sa-politique-en-sante-mentale-et-en-psychiatrie.html>

(consulté Mars 2015)

www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/userfiles/files/

(consulté mai 2015)

▪ **Le partenariat :**

Corinne Merini, Maître de Conférence à l'IUFM de Versailles-« *le partenariat en éducation à la santé* » :

<http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/pdf/G2.3.pdf>.

(Consulté mars 2015)

Payette M (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. Paris :

Interactions :

www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_5_no_1/V5N1_PAYETTE_Maurice_p19-36.pdf

(Consulté mars 2015)

▪ **Autres références :**

<http://www.definitions-marketing.com/Definition-Valeur-percue>

(Consulté mai 2015)

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enjeu/29621?q=enjeu#29507>

(consulté janvier 2015)

Définition de l'ingénierie de formation :

<http://www.cedip.equipement.gouv.fr/ingenierie-de-la-formation-a256.html>

(Consulté avril 2015)

8. Liste des annexes

- I. Appel à candidatures logements adaptés (personnes âgées) habitats regroupés
(personnes handicapées) du Conseil Général d'Ille et Vilaine
- II. Le logement partagé, une alternative à l'hôpital psychiatrique-Projet de budget prévisionnel mensuel de « la Famille-Gouvernante »
- III. Financement ARS
- IV. Plan de l'habitat regroupé
- V. Plan du studio
- VI. Appel à projet ARS Bretagne
- VII. Fiche d'expression du besoin
- VIII. Note de cadrage
- IX. Convention CHGR/UDAF35
- X. Tableau de suivi des réunions
- XI. Profil de poste infirmier
- XII. Procédures d'intervention sanitaire dans l'habitat regroupé
- XIII. Programme de formation continue des gouvernantes
- XIV. Diagramme d'Ishikawa

ANNEXE I :

Appel à candidatures logements adaptés (personnes âgées) habitats regroupés (personnes handicapées) du Conseil Général d'Ille et Vilaine



DÉPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE

APPEL A CANDIDATURES LOGEMENTS ADAPTES (personnes âgées) HABITATS REGROUPES (personnes handicapées) HORS CHAMP MEDICO-SOCIAL

Le Département d'Ille-et-Vilaine lance un appel à candidatures pour le développement d'une offre d'habitat en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées.

LE CONTEXTE

En décembre 2010, la collectivité s'est dotée d'un schéma départemental des services de maintien à domicile pour la période 2011-2015, dont l'enjeu est de répondre au souhait des personnes âgées et des personnes en situation de handicap de pouvoir vivre à domicile dans les meilleures conditions. Plusieurs actions sont déclinées dans ce schéma dont le développement des habitats regroupés pour personnes en situation de handicap et des logements adaptés pour personnes âgées.

Dans le cadre du schéma handicap 35 adopté en 2005, le Département a déjà expérimenté quelques réponses innovantes pour satisfaire le souhait des personnes de vivre à domicile de manière autonome.

Concernant les logements adaptés pour personnes âgées, l'assemblée départementale s'est engagée en décembre 2007 dans une expérimentation de ce mode d'habitat. Les objectifs de ce dispositif, définis dans un cahier des charges rédigé en 2008, ont permis d'accompagner 5 projets dans des communes de taille et de caractéristiques différentes.

Les évaluations de ces dispositifs expérimentaux ont apporté des enseignements utiles au développement de ces modes d'habitats en milieu ordinaire.

L'OBJECTIF de cet appel à candidatures est d'accompagner sur la période 2013-2015 :

- 10 projets sur le secteur des personnes âgées ;
- 6 projets sur le secteur des personnes handicapées.

Pour chacun de ces dispositifs, un cahier des charges spécifique est joint à ce présent avis.

La commission de sélection, mise en place dans le cadre de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009, sera sollicitée pour avis. Elle se réunira en avril 2013 et rendra son avis sous forme d'un classement des projets, en fonction des critères de sélection présentés dans les cahiers des charges.

S'en suivra la décision du Président du Conseil général qui sera notifiée à l'ensemble des candidats.

PUBLICATION

Le présent avis d'appel à candidatures sera publié au Recueil des actes administratifs et téléchargeable sur le site internet du Conseil général : www.ille-et-vilaine.fr, sur le site Gaelig 35 : www.gaelig35.org et sur «L'Actualité» la lettre du Département d'Ille-et-Vilaine.

MODALITES DE DEPOT DES DOSSIERS DE CANDIDATURES

Chaque porteur de projet devra adresser :

✉ **un dossier de candidatures complet, en version papier, au plus tard le 15 janvier 2013 :**

- soit par courrier recommandé adressé au secrétariat du service OARES (Offre, accompagnement et ressources des établissements et services)
Conseil général d'Ille-et-Vilaine
Pôle Solidarité – Direction PA/PH
1 avenue de la Préfecture
CS 24218
35042 RENNES Cedex
- soit remis contre récépissé à l'adresse suivante :
Conseil général d'Ille-et-Vilaine
Pôle Solidarité – Direction PA/PH
Service OARES
Bâtiment Gaston Defferre
13 avenue de Cucillé
35000 RENNES

✉ **Un dossier de candidatures complet, en version électronique, à transmettre à l'adresse mail suivante : service.oares@cg35.fr**

Les pièces à fournir à l'appui de l'appel à candidatures sont les suivantes :

1. concernant le porteur de projet :

- identification du porteur de projet (un exemplaire des statuts) ;
- une déclaration sur l'honneur du porteur de projet certifiant qu'il ne fait l'objet d'aucune condamnation ;
- une copie de la dernière certification aux comptes s'il y est tenu, en vertu du Code du commerce ;
- des éléments descriptifs de ses activités et connaissance des territoires.

2. concernant la réponse au projet :

Tout document permettant de décrire de manière complète le projet en réponse aux cahiers des charges sera à transmettre, notamment :

- les missions et l'organisation des services intervenant auprès des personnes, en précisant le nombre et la qualification des professionnels ;
- le coût de fonctionnement du dispositif et les modalités de son financement (aides individuelles, subventions du conseil général, autres financeurs,...) ;
- les conditions d'accès et de sélection des personnes ;
- les coopérations, conventions envisagées.
- le plan de financement de l'investissement ;
- le montant des loyers sollicités ;
- les plans et la notice de sécurité incendie ;

ANNEXE II

Le logement partagé, une alternative à l'hôpital psychiatrique-Projet de budget prévisionnel mensuel de « la Famille-Gouvernante ».

Famille gouvernante
UDAF Ille et Vilaine

1. Contexte

Ce dispositif se place dans l'orientation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2016 qui vise à favoriser l'accès à un logement ou à un hébergement adapté pour les personnes souffrant de troubles psychiques nécessitant un accompagnement dans leur vie quotidienne parallèlement à la continuité de l'accès aux soins.

2. Présentation du dispositif

Le concept est de favoriser les conditions d'insertion des personnes reconnues handicapées psychiques en créant un lieu de vie qui préserve le droit au logement et plus largement le droit à la dignité pour chacun des résidents.

Par une solution adaptée de maintien à domicile en milieu ordinaire, cet outil offre de nouvelles perspectives en termes d'accès à l'autonomie.

3. Spécificité du dispositif

Il s'agit d'une solution d'habitat souple et adaptable qui propose de recréer une cellule à dimension familiale pour des personnes isolées cumulant handicaps et/ou pathologies.

L'objectif est d'apporter un accompagnement sanitaire et social organisé dans le cadre de partenariats, formalisés par des conventions signées entre :

- l'UDAF 35, association gestionnaire,
- le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, chargé du suivi médical,
- l'ADMR, service d'aide à domicile,
- la S.A. HLM Les Foyers, bailleur social,
- une association familiale, l'UNAFAM

4. Objectifs

Le dispositif « famille gouvernante » se veut une réponse aux difficultés rencontrées par les personnes ayant un handicap psychique et en situation d'exclusion sociale faute de relai social soit :

- en hospitalisation au long cours ou itératives,
- à la charge de la famille,
- sans domicile.

Le principe est de proposer une prise en charge globale (logement, santé, alimentation, loisirs) dans un lieu de vie différencié du lieu de soins, facilitant ainsi l'insertion dans leur environnement.

Il repose sur une organisation des financements du dispositif à partir des ressources des résidents constituées essentiellement de prestations sociales ou d'invalidité.

5. Enjeux

Ils sont triples :

- Lutter contre l'isolement des personnes et créer du lien social.
- Apporter une solution d'insertion par le logement pour des personnes en grande fragilité, à moindre coût.
- Renforcer les partenariats entre les acteurs départementaux.

6. Les bénéficiaires :

Cette réhabilitation psychosociale concerne essentiellement des malades psychotiques mais aussi des patients atteints de démence. Les bénéficiaires du dispositif sortent ainsi d'un long isolement familial et social et réapprennent, à vivre au sein d'un groupe, à l'échelle d'un foyer.

Ce dispositif s'adresse à des patients incapables de vivre seuls, ne pouvant établir de façon autonome leur propre projet de vie, mais accessibles aux règles de la vie collective. Ils nécessitent l'aide et le soutien d'une tierce personne dans les actes du quotidien, le suivi de leurs soins, ainsi qu'un accompagnement social, mais ne relèvent pas d'une prise en charge hospitalière lourde du fait de la stabilisation de leur pathologie et peuvent acquérir une semi-autonomie.

7. Le principe

Le dispositif est composé d'un module de 8 appartements regroupés en un même lieu pour autant de résidents. Les logements sont situés sur le même palier et sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Un espace commun est dédié aux activités collectives.

Les logements de type 1 sont insérés dans le centre du bourg de PACE avec un accès facile à tous les services notamment les moyens de transports collectifs.

Un(e) gouvernant(e) intervient auprès des résidents et les réunit chaque jour dans un espace commun.

8. Un projet social

Élaboré autour de la définition des publics, le projet social affiche deux exigences essentielles : le caractère durable du logement et la rupture de la solitude et de l'isolement comme support d'insertion grâce à une valorisation de la vie collective rendue possible par la conception du bâti et la présence de l'intervenante.

8.1. L'intervenant direct : la gouvernante

L'intervenant direct est nommé « gouvernante » dans ce dispositif « famille gouvernante ». Il bénéficiera d'un soutien régulier par les partenaires extérieurs : personnel du CMP du secteur de psychiatrie et de l'organisme gestionnaire l'UDAF.

8.1.1. Sa mission

La gouvernante est présente 365 jours par an. Elle assure l'ensemble des tâches de tous les jours (aide au repas, au ménage, à l'entretien du linge, appui à la vie quotidienne...). Il s'agit d'un emploi à caractère familial, la gouvernante ayant pour mission de « *veiller au confort physique et moral et d'assurer une présence responsable* ».

Elle est aidée pour les tâches d'animation par des bénévoles qui interviennent certains après-midi ou le week-end. En effet, chaque résident doit pouvoir bénéficier d'activités extérieures (CATTP, GEM, hôpital de jour, centre de loisirs, centre culturel...).

8.1.2. Son profil

Le profil et les compétences attendues de la gouvernante correspondent à la qualification d'auxiliaire de vie sociale (AVS) avec de préférence une expérience dans le champ du handicap psychique. Il sera porté une attention particulière à ses qualités personnelles lui permettant de faire face aux difficultés à travailler auprès de personnes en souffrance psychique et à ses motivations à travailler auprès d'un tel public.

Les intervenants sont des personnes sécurisantes, chaleureuses et doivent avoir un sens pratique pour aider à gérer la vie quotidienne des personnes dans un souci de respect et d'écoute.

8.1.3. Son intervention

Afin d'assurer la continuité de l'accompagnement 7 jours sur 7 et 365 jours par an 3 gouvernantes se relaient pour intervenir 49 h par semaine :

- du lundi au dimanche (jours fériés inclus) : 7 h sur les créneaux horaires de 8h30 à 12h30 et 18h00 à 21h00,

Quelques heures complémentaires sont prévues afin de permettre à la gouvernante d'organiser des accompagnements de toute nature avec les usagers.

Elle bénéficie de deux jours consécutifs de repos hebdomadaire. Ces 49 heures sont réparties sur la semaine selon une planification annuelle en accord avec les deux autres gouvernantes pour qu'une présence effective soit assurée chaque jour de l'année. La 3ème personne effectue le remplacement des deux autres durant leurs congés payés et certains repos hebdomadaires.

Un cahier de consignes et de transmissions est tenu pour assurer une continuité et une harmonie dans le suivi des usagers.

8.2. Le coordinateur

Salarié de l'association gestionnaire, l'UDAF, il est responsable du bon fonctionnement du dispositif : formalisation des partenariats et des conventions, réalisation et suivi du budget, planification et animation des réunions et des commissions avec les différents acteurs, notamment avec le responsable de l'association prestataire, les référents médicaux et sociaux.

Il coordonne chaque étape de l'intégration du résident dans le dispositif : veille au montage du dossier d'admission, anime la commission d'admission, veille à l'accueil et à l'installation des nouveaux résidents, garantit la qualité de la prestation en mettant en place des outils : enquêtes auprès des usagers et partenaires, groupes de parole, formalisation des processus d'intervention...

8.3. La famille

En tenant compte des situations familiales, l'objectif est de permettre aux personnes de tisser, consolider ou retisser des liens familiaux.

Des rencontres entre le résident et sa famille peuvent être organisées.

8.4. Services conventionnés

Cet accompagnement s'appuie sur des structures partenaires extérieures. Chaque résident accède selon ses besoins aux dispositifs de droits communs (services de tutelles, médecin traitant, autres professionnels de santé, CCAS, et SAVS) et trouve une aide auprès des services conventionnés : assistantes sociales des secteurs de psychiatrie.

9. Une démarche partenariale

Ces démarches de soin et d'accompagnement social et médicosocial sont résolument complémentaires et non subsidiaires.

9.1. Les professionnels de santé

La démarche de soins est inscrite dans le projet individualisé et soutenue par une équipe pluridisciplinaire.

Le suivi sanitaire est assuré conjointement par le médecin traitant et un psychiatre, soit du CMP dans le cadre de la convention, soit libéral au choix de la personne.

Une convention est signée avec le CHGR dans le cadre de la santé mentale afin que les résidents puissent bénéficier d'un suivi sanitaire et social notamment assuré par le CMP se trouvant à proximité afin d'intervenir régulièrement dans la résidence pour :

- assurer les visites à domicile,
- préparer les piluliers de médicaments à la semaine pour les patients ne gérant pas leur traitement seuls,
- proposer des activités de CATTP ou journées d'hôpital de jour si nécessaire,
- intervenir en urgence 5/7 j de 9h00 à 17h00,
- accueillir en hospitalisation un résident le cas échéant.

- organiser des rencontres et des échanges réguliers : groupes de paroles assurées avec les résidents.
- apporter un soutien et une assistance aux gouvernantes (réunion d'information, formation, harmonisation et évaluation des pratiques).

9.2. Le bailleur

La recherche d'appartements constitue une étape décisive du projet. L'implication du bailleur est essentielle à la réussite du dispositif en particulier sur la mise à disposition des espaces communs nécessaires à l'animation et leur aménagement éventuel ainsi que sur les conditions de sa montée en charge progressive.

Une convention écrite est établie avec le bailleur. L'UDAF est locataire des appartements et garante de la bonne intégration des personnes dans l'environnement local. Chaque adulte accueilli est sous locataire, bénéficiaire de l'allocation logement et souscrit une assurance responsabilité civile.

9.3. Le service d'aide à la personne

Il est l'employeur des gouvernantes et est lié par une convention de partenariat avec l'UDAF précisant les conditions d'exécution du contrat.

Il participe régulièrement aux réunions de coordination et est attentif à l'adaptation et à la formation des maitresses de maison.

9.4. Le SAVS

Une convention sera conclue avec le SAVS Itinéraire bis, dans l'accompagnement aux soins, autres que psychiatriques. Leur psychologue pourra également intervenir auprès des résidents en fonction de leurs besoins.

La veille de nuit sera confiée à OPTIMA qui assurera un passage quotidien chaque soir sur la plage horaire 18h-21h

9.5. Le représentant légal

Il assure le suivi de la situation de la personne, il est un acteur important dans la mesure où il a une large connaissance des problèmes rencontrés par la personne.

9.6. La Maison Départementale des Personnes Handicapées

Elle a un rôle primordial dans l'évaluation du handicap et permet ainsi de déterminer, selon les critères légaux et en fonction de la situation individuelle de chaque bénéficiaire, le montant de la prestation de compensation du handicap (PCH) à allouer à chacun.

10. Modalités de fonctionnement

10.1. Commission d'admission des résidents

Une commission d'admission est constituée au démarrage du projet. Elle est constituée du coordonnateur du dispositif « famille gouvernante », d'un(e) gouvernant(e), d'un représentant de la MDPH, des représentants du secteur psychiatrique conventionné (médecin, cadre de santé, assistante sociale).

Elle fait le choix des personnes qui intègrent le dispositif, en s'appuyant notamment sur une évaluation réalisée par le corps médical et le travailleur social.

Puis, dans les 6 mois qui suivent le début de la prise en charge, un **projet Individualisé** est défini avec le concours du Résident, de ses aidants familiaux, du représentant Légal le cas échéant : il précise les objectifs et les prestations adaptés au résident en tenant compte de ses attentes, besoins et souhaits. Le Projet Individualisé **est revu annuellement ou selon les besoins**.

Cette commission peut également être saisie, en cas de difficulté, pour statuer sur le maintien ou non d'un résident dans le dispositif.

En référence à la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, un document de prise en charge sera conclu, lors de l'entrée dans la « famille gouvernante ». Cosigné par le résident, la(e) gouvernant(e) et le coordonnateur du dispositif, il précise les prestations prévues dans le dispositif.

10.2. Modalités de suivi

10.2.1. Comité de suivi

D'une périodicité mensuelle, il est composé du coordinateur du dispositif, du représentant du secteur psychiatrique concerné. Il examine chaque situation par rapport à :

- la santé,
- la vie quotidienne,
- les relations familiales et sociales,

Il procède à une évaluation de l'accompagnement avec chaque personne concernée et assure le suivi des ré hospitalisations et des visites médicales pendant cette période,

-.

10.2.2. Comité de pilotage

8.1.1 Il se réunit quatre fois par an et se compose des représentants de l'UDAF, d'un représentant du service à domicile et du secteur psychiatrique ainsi que d'un représentant de la MDPH.

Il vérifie le bon fonctionnement du dispositif, les conditions d'intervention des partenaires au sein des logements, il analyse les difficultés rencontrées et propose les ajustements nécessaires.

10.2.3. Règlement intérieur

Il est établi par le gestionnaire et est validé par le comité de pilotage. Remis au résident dès l'admission, il est conforme à la convention APL – résidence sociale.

11. Financement du dispositif

Les personnes accueillies dans ce dispositif doivent disposer de la Prestation Compensation du Handicap (PCH). Si tel n'est pas le cas un dossier sera instruit par nos services et transmis à la MDPH pour l'attribution de cette prestation sociale.

Nous rappelons que chaque résident est colocataire et cofinance la prestation de service de la gouvernante. Il y a donc mutualisation des moyens entre les résidents d'un lieu de vie.

A titre d'exemple nous avons établi notre calcul avec comme référence des personnes qui bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et de PCH. Ces ressources propres de chaque majeur permettent de financer la totalité des charges inhérentes à ce dispositif.

Tarif pratiqué par l'ADMR : 23.78 € / heure pris en charge par la PCH versée par le conseil général. Cette aide, dont le montant fait l'objet d'un accord entre l'UDAF et le conseil général d'Ille et Vilaine, permet de salarier trois gouvernant(e) soit 2.40 ETP pour un dispositif de 8 résidents.

8.2

11.1. Budget mensuel avec financement CG 35 pour la PCH

Présence gouvernante (49h/semaine) soit près de 7 h/jour

dépense		recettes	
loyer	183,00 €	AAH	790,00 €
EDF	45,00 €	Allocation logement	200,00 €
eau	35,00 €		
chauffage et eau	115,00 €	PCH	721,33 €
téléphone	20,00 €	Garantie ressources	179,00 €
assurances	10,00 €		
taxe habitation	12,00 €		
mutuelle	40,00 €		
alimentation	290,00 €		
gouvernante	721,33 €		
UDAF 35	190,00 €		
Veille de nuit	15,00 €		
vêtue	30,00 €		
médicaments non remboursable	20,00 €		
frais gestion tutelle	15,00 €		
résiduel pour résident	137,00 €		
TOTAL	1 890,00 €		1 890,00 €

11.2. Frais de fonctionnement du dispositif

Dans l'hypothèse d'un encadrement de 0.30 ETP de coordonnateur UDAF (coefficient 570 avec + 7 ans ancienneté)

Achats	4 140,00 €	Recettes	
EDF, eau, gaz	1440,00 €		
Produits entretien	400,00 €		
Fournitures de bureau	200,00 €		
Petit matériel divers	600,00 €		
Achat petit équipement	1500,00 €		
Services extérieurs	31 008,00 €	Autres produits	55 668,00 €
Loyer et charges	26608,00 €	Participation des résidents	48 096,00 €
Entretiens et réparations	1 000,00 €	UDAF	7 592 €
Assurances	1 300,00 €		
Documentation abonnement	100,00 €		
Autres services extérieurs	3 300,00 €		
Personnel extérieur	1800,00€		
Honoraires	400,00 €		
Déplacements, mission	500,00 €		
Frais postaux & Télécommunication	500,00 €		
Frais bancaires	100,00 €		
Charges de personnel	16 440,00 €		
Salaires bruts	10960,00 €		
Charges sociales et fiscales	5480,00 €		
Dotations aux amortissements	1 600,00 €	reprise amortissements	800,00 €
total des dépenses	56 488,00 €		56 488,00 €

12. L'aménagement du logement et les règles de vie

Les appartements des résidents sont équipés de leurs meubles et objets personnels. Ainsi, chacun dispose d'un cadre de vie intime et de repères personnels.

Les espaces communs sont aménagés par l'UDAF. Le plus souvent, le mobilier et le matériel électroménager proviennent de dons, de récupérations ou d'achats négociés avec de grandes enseignes (invendus, matériel de démonstration...), ou d'aides ponctuelles.

13. Evaluation

Un rapport annuel retracera l'activité annuelle du dispositif et en présentera le bilan financier.

- Indicateurs quantitatifs :

- nombres de jours hospitalisation,
- nombres de jours d'activités extérieures,
- données sociodémographiques.

-Indicateurs qualitatifs :

- enquête de satisfaction.
-

14. Conclusion

Avec le recul, l'expérience de l'UDAF de la Marne a prouvé que ce système de prise en charge répondait bien aux besoins réels de certains de nos usagers. Il a par ailleurs été expérimenté avec succès par 2 UDAF de la région : dans le Morbihan depuis une dizaine d'années et plus récemment dans le Finistère.

Cette démarche apparaît donc bien comme une réponse alternative de maintien au domicile de personnes souffrant d'un handicap psychique.

8.3 Parmi les points positifs

14.1. Pour les personnes

- faciliter l'accès ou le maintien au logement
- garantir l'hygiène, la sécurité et le suivi des traitements médicaux
- sortir de l'isolement
- améliorer les conditions de vie
- retrouver le sens du contact, de l'entraide dans un environnement convivial

14.2. Pour les gouvernantes

- créations d'emplois de proximité
- valorisation d'un travail varié axé sur l'humain

14.3. Pour l'environnement

- respect des règles de vie en collectivité
- meilleure intégration dans le tissu social

14.4. Coût social

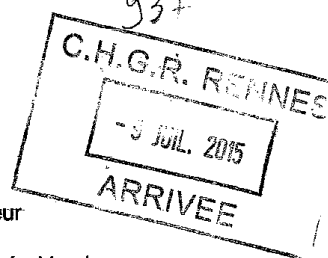
Il est indéniable qu'un tel dispositif représente une économie très sensible pour la société notamment par rapport aux coûts de prise en charge des établissements hospitaliers ou médico-sociaux.

ANNEXE III

Financement ARS

Service émetteur : Direction des coopérations territoriales et
de la Performance
Direction Adjointe Hospitalisation et
autonomie

Monsieur le Directeur
CHGR
108 avenue du Général Leclerc
BP 60321
35703 RENNES CEDEX



Affaire suivie par : Jean-Paul REMEUR
Courriels : ars-bretagne-secretariat-odes@ars.sante.fr

Téléphone : 02.22.06.73.33
Télécopie : 02.22.06.74.98

Réf : CO278JPR_MM

Date : 08 JUL. 2015

Objet : Appel à candidature pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne

Monsieur le Directeur,

Par courrier du 22 décembre 2014 relatif à l'appel à candidatures en santé mentale, je vous informais de la décision du comité de sélection qui donnait un accord de principe pour finaliser votre projet de l'orientation 1 (Développement de collaborations entre les équipes de secteur et les équipes de 1^{er} recours des maisons de santé pluridisciplinaires et des pôles de santé) et pour approfondir un dossier de l'orientation 2 (Développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein) et un dossier de l'orientation 3 (Accompagnements sociaux et médicosociaux adaptés pour les personnes hospitalisées au long cours).

En réponse vous avez transmis trois nouveaux dossiers qui ont fait l'objet d'une instruction.

A l'issue d'une nouvelle réunion du comité de sélection, vous trouverez, dans le tableau ci-joint, pour votre établissement les décisions de notifications.

En cas de projet retenu, un avenant financier vous sera prochainement adressé pour signature.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

P/Le Directeur Général
de l'ARS Bretagne
Le Directeur Général Adjoint

Pierre BERTRAND

**APPEL A CANDIDATURE POUR ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DE
L'OFFRE EN SANTE MENTALE EN BRETAGNE
Juin 2015**


Etablissement : CHGR Rennes

Orientations	Nature du projet	Décision	Montant alloué	Observations
1	Coopération CHGR / PSP du Gast	Refus : Pas de co-portage du dossier		
2	Création de 9 places d'habitat regroupé en lien avec ADO HLM, AIS 35 et Espoir 35.	Accord	99 000 €	
3	Alternative à l'hospitalisation temps plein en habitat regroupé en partenariat avec l'UDAF35	Accord	89 000 € (dont 20 000€ à reverser à l'UDAF35)	

ANNEXE IV

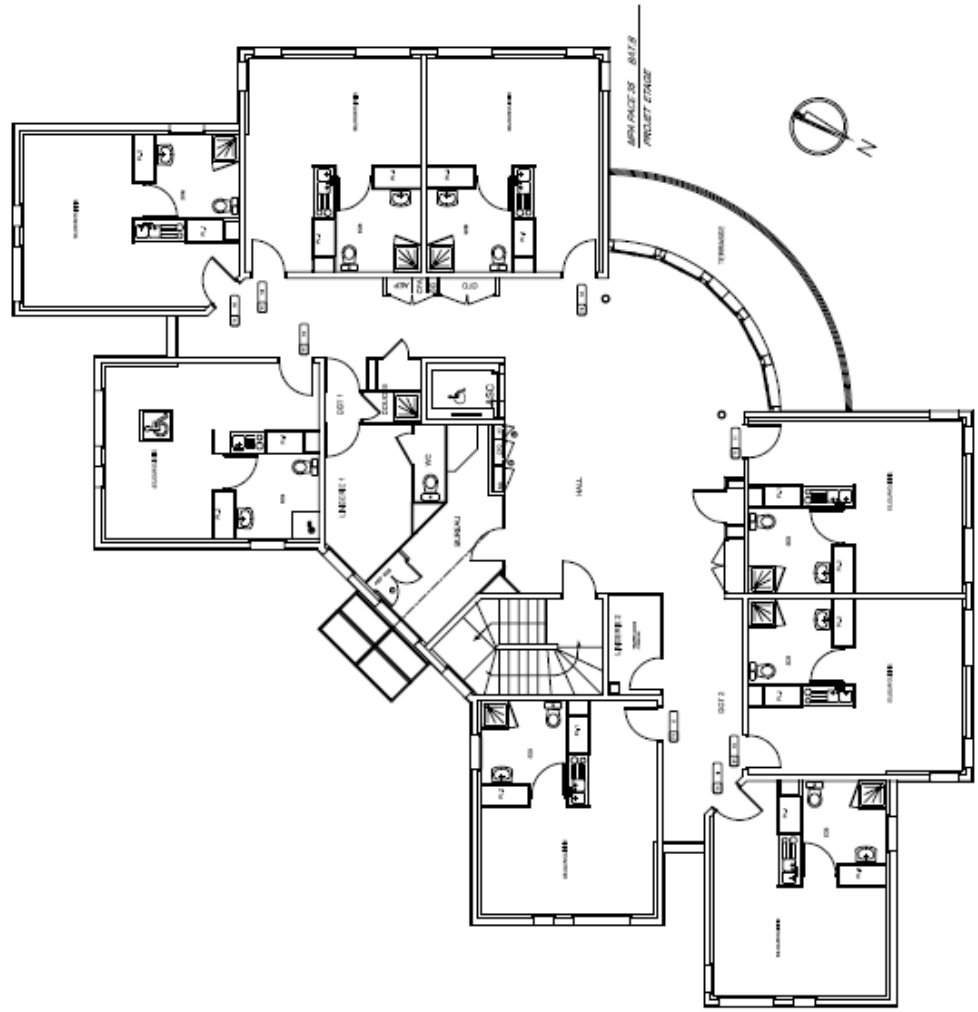
Plan de l'habitat regroupé

8 logements familiaux
PACE

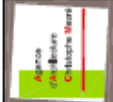


SA HLM Les Foyers
1 rue du Houx CS 50614
35706 RENNES cedex 07
Tel : 02 99 84 55 55 Fax : 02 99 84 35 50

jan. 2014




Des modifications d'usage ou des aménagements de détail nécessitent par des raisons d'ordre techniques ou administratives, peuvent être apportés sur plans.
En conséquence, une différence maximale de 5% de la surface totale de logement sera réservée à l'acheteur.
AGENCE D'ARCHITECTURE CHÉTOPHE MÈRE 65 avenue Adolphe Blandin 35002 RENNES - Tél: 02 99 84 55 22 - mail: mer@chtophe.com



ANNEXE V

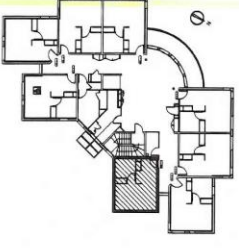
Plan du studio



SA HLM Les Foyers
1 rue du Houx CS 50614
35706 RENNES cedex 07
Tél : 02 99 84 55 55 Fax : 02 99 84 55 50

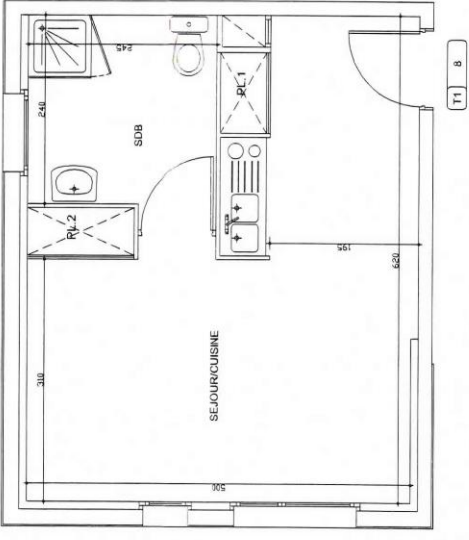
8 logements familiaux PACE

LOGT 08 - T1 (101)	
DESIGNATION	SURFACE EN m ²
SEJOUR/CUISINE	25,92
PL 1	0,62
PL 2	0,82
SDB	6,22
TOTAL	33,57



jan. 2014

Etage-LOGT 101



T1 8

Des modifications mineures ou des aménagements de détail nécessaires par des raisons d'ordre technique ou administratif peuvent être apportés aux plans.
En conséquence, une différence maximale de 5% de la surface totale du logement sera respectée.

AGENCE D'ARCHITECTURE CHRISTOPHE MESNE 89 avenue André Bland 35000 RENNES - Tél. 02 99 84 02 22 - mail : mesne@agamei.net

ANNEXE VI

Appel à projet ARS Bretagne



APPEL A CANDIDATURES POUR ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DE L'OFFRE EN SANTE MENTALE EN BRETAGNE



« Alternative à l'hospitalisation temps plein
en habitat regroupé »
APPEL A PROJET G.07/G.08/ UDAF 35

Date de publication : Juillet 2014
Clôture de réception des propositions : 15 Octobre 2014

SOMMAIRE

<u>I – DONNEES ADMINISTRATIVES</u>	3
1°) Porteur du Projet	3
2°) Partenaires du Projet	3
3°) Engagement du ou des structures impliquées dans le projet	3
<u>II – ORIENTATION CONCERNEE PAR LE PROJET</u>	3-7
Les motivations	4
L'impact quantitatif et qualitatif attendu	4-5
<u>III - DONNEES FINANCIERES</u>	8
<u>IV - CALENDRIER DE LA MISE EN OEUVRE</u>	9
<u>V - SUIVI ET EVALUATION</u>	9
<u>VI - ANNEXES</u>	10

I - DONNEES ADMINISTRATIVES

1. Porteur du Projet :

- Désignation : Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier - Pôles G.07 et G.08 – 108 Avenue du Général Leclerc BP 60321- 35703 RENNES Cedex 7
- Nom et coordonnées du référent administratif pour le projet :
Madame A JEHANNO – Directrice-Adjointe.
a.jehanno@ch-guillaumeregnier.fr
02.99.33.39.34

2. Co porteur projet

- Désignation : UDAF 35 Rue Maurice LE LANNOU CS 226 35042 RENNES cedex
- Nom et coordonnées du référent administratif pour le projet : Mr M. LAURENT, Directeur UDAF 35

3. Engagement de la structure impliquée dans le projet :

- Partenariat CHGR - UDAF 35 (projet cosigné) – convention de partenariat en cours de finalisation.
- Projet de soins porté par le CHGR
- Projet de lieu de vie et hébergement adapté porté par l'UDAF 35,
- Mise en place d'une équipe d'appui mobile G07-G08 aux moyens mutualisés

II – ORIENTATION CONCERNEE PAR LE PROJET :

Ce projet s'intègre dans le projet d'établissement du CHGR 2012/2016 concernant :

- l'axe de réflexion à propos des patients hospitalisés au long cours.
- l'axe de la réhabilitation psychosociale

Il prend également acte des conclusions du groupe de travail ANAP-ARS Bretagne concernant les parcours en santé mentale, à travers notamment :

- L'objectif opérationnel C1b : Limiter les hospitalisations au long cours à l'échelle du CHGR
- L'objectif opérationnel D3 : Renforcer la coopération entre équipes de psychiatrie de secteur et équipes médicosociales pour assurer la continuité des soins psychiatriques des personnes handicapées psychiques en ESMS

Sur le terrain, un besoin majeur est repéré sur le handicap psychique. C'est pourquoi l'UDAF 35 est investie dans ce champ en partenariat avec le Centre Hospitalier Guillaume Régnier à travers la création d'un dispositif « Familles Gouvernantes » en Ille et Vilaine. C'est d'ailleurs une orientation actée dans le projet institutionnel 2012/2017 de l'UDAF 35.

La structure "Familles Gouvernantes" est un logement adapté accompagné dans les actes de la vie quotidienne.

Cette structure accompagnée permet une alternative à la solution institutionnelle, pour des personnes handicapées psychiques, souvent sous protection juridique, qui ne peuvent vivre seules. Ces personnes vivent dans un appartement avec des espaces communs et ils sont co-employeurs d'une maîtresse de maison appelée gouvernante.

Dans cette perspective, le secteur psychiatrique est un acteur incontournable.

Chaque personne accompagnée doit bénéficier de soins.

En Ille-et-Vilaine, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier est la structure la plus importante en nombre de places et de secteurs. L'obligation de suivi psychiatrique avant d'entrer dans le dispositif de logements adaptés gérés par l'UDAF 35 implique que les résidents soient tous suivis par un psychiatre et des professionnels du secteur psychiatrique de l'hôpital partenaire.

L'accès aux soins psychiatriques est, avant tout, une condition d'admission des résidents. Une coopération avec l'hôpital sera formalisée par le biais d'une convention. Cette convention intégrera les principes d'accès à la résidence des patients suivis par les secteurs et de garantie de continuité des soins, y compris le recours à l'urgence selon des modalités adaptées à chaque situation.

1. Motivations du choix du projet :

- Réinsérer les personnes en situation de handicap psychique par le logement
- Favoriser la réinsertion via l'habitation regroupée après évaluation de la situation de handicap psychique
- Développer le partenariat avec la MDPH
- Accompagner les résidents vers et au sein du dispositif
- Répondre aux besoins de soins psychiatriques des résidents
- Accompagner/Appuyer/Soutenir/ les gouvernantes et les partenaires de la prise en charge : la formation des gouvernantes sera assurée par le CHGR par le dispositif de formation continue propre à l'établissement.

2. Impact quantitatif et qualitatif attendu

- Fermeture de 5 lits d'hospitalisation temps plein sur le pôle G07 à minima.
- Conversion de 3 lits en lits d'hospitalisation séquentielle sur le pôle G08
- Création d'une équipe d'appui pluriprofessionnelle par le redéploiement en lien avec la fermeture des 5 lits d'hospitalisation temps plein sur le pôle G.07
 - Contribuer à réduire la saturation des lits d'hospitalisation temps plein en proposant une alternative d'hébergement pour les patients long cours
 - Accompagner le patient dans son projet de réinsertion à travers la structure « Famille gouvernante » qui est un logement durable dans lequel les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. Le soutien proposé par le dispositif « Famille gouvernante » place le patient orienté par les équipes hospitalières psychiatriques

dans une position de sujet citoyen, doté de compétences, de capacités et d'habiletés sociales

- Privilégier l'autonomie des personnes par un accompagnement adapté et une prise en charge en soins appropriée. Les résidents ont des difficultés à vivre seuls, ne peuvent établir de façon autonome leur propre projet de vie, mais sont accessibles aux règles de la vie collective. Ils nécessitent l'aide et le soutien d'une tierce personne dans les actes du quotidien. Ce sont des patients de l'hôpital partenaire qui de part leur projet de vie et leur stabilisation n'ont pas vocation à rester hospitalisés. Ils n'ont actuellement pas d'autre alternative à l'hospitalisation s'ils ne sont pas accompagnés au quotidien.
- Réduire le nombre d'hospitalisations inappropriées.
- Créer une filière de soins et de prise en charge pour certains patients entre les unités d'admission des pôles G.07 et G.08, en direction des unités au moyen et long cours (Hospitalo requérants / réinsertion) pour évaluer, orienter, préparer une sortie vers le dispositif « Famille gouvernante »
- Renforcer le partenariat entre le centre hospitalier Guillaume Régner et l'UDAF 35.
- Décloisonner les différents secteurs en mutualisant les moyens
- Intégrer un accompagnement social éventuellement porté par le SAVA Itinéraire Bis (MORDELLES) sous réserve des places disponibles. La spécialisation « handicap psychique » de ce SAVS serait une plus-value en appui du projet.

3. Structures concernées

- Le CHGR :

Il s'agit d'une mutualisation de deux unités de patients au long cours :

- UF 3752 - Daumazon (Pôle G07)
- UF 3841 - Laborit (Pôle G08),

Unités de soins à partir desquelles, certains patients auront pour orientation l'habitat regroupé géré par l'UDAF 35.

- Une famille d'accueil thérapeutique du pôle G07 – UF 3785

- L'UDAF :

L'UDAF 35 s'engage sur la création de 8 places en partenariat avec le bailleur social SA Les Foyers (spécialisé dans l'habitat collectif) sur le secteur de Pacé.

Ce dispositif, de par sa taille limitée, favorise l'insertion sociale des résidents dans leur quartier avec un espace privatif pour chaque résident et un espace collectif afin de permettre une vie communautaire et d'éviter l'isolement. Il facilite aussi l'insertion dans la vie de la commune

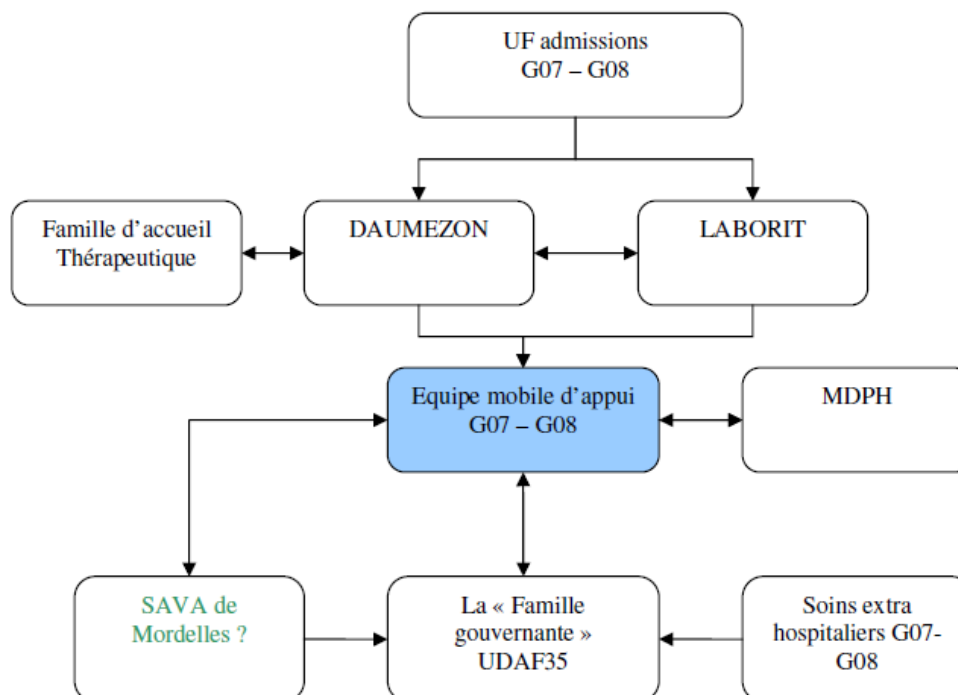
- La MDPH :
Lieu de repérage des besoins est un acteur pivot dans l'accès aux moyens de compensation et attribue la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) avec une possibilité de mutualisation dans le cadre de ce dispositif.

4. Les patients concernés :

- Ce sont des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité, convivialité par un accompagnement personnalisé et, autant que faire se peut, une insertion sociale.
- Patient atteint d'handicap psychique relevant de la PCH et du complément de ressource
- Nécessité de valider le profil des patients avec la MDPH.

5. Modalités organisationnelles retenues :

La mutualisation des moyens G07/G08 et le partenariat avec l'UDAF 35 s'inscrivent naturellement dans une collaboration commune car l'habitat regroupé à Pacé se situe sur le territoire du secteur 35 G.07 mais à proximité immédiate du territoire du secteur 35 G.08.



.La « Famille gouvernante » :

La structure « Famille gouvernante » est un logement durable dans lequel les résidents sont accompagnés dans les actes de la vie quotidienne. L'accompagnement s'organise donc autour d'une présence d'environ 7 heures par jour d'une maîtresse de maison et la continuité des soins individuels est organisée à l'extérieur de la structure par le dispositif sectorisé des soins psychiatrique incluant les CMP, CATTP et hôpitaux de jour, mais aussi les soins de 1^{er} recours.

La collaboration avec les soignants va se traduire par des savoirs faire conjugués pour un accompagnement dans le quotidien par une équipe mobile d'appui.

Missions de l'équipe mobile d'appui G07-G08 :

- Soutien et assistance aux gouvernantes (réunions d'information / analyse de pratiques / formation ponctuelle...)
- Sensibilisation des gouvernantes au handicap psychique
- Appui aux professionnels de l'UDAF :
 - Analyse des situations individuelles
 - Réflexion institutionnelle
- Soins pour les patients-résidents in situ :
 - Accompagnement dans l'apprentissage de la gestion des médicaments et de l'information relative aux médicaments ;
 - Visites à domicile et Entretien infirmiers
 - Soins ambulatoires en CMP, CATTP, et/ou à temps partiel en HDJ ;
 - Accompagnement vers la cité (en lien avec le SAVA)
 - Gestion des situations psychiatriques urgentes
- Evaluation des habiletés et élaboration des objectifs de soins :
 - en amont de l'admission
 - in situ
- Travail de lien avec la MDPH : accompagnement social, accès aux droits, collaboration entre travailleurs sociaux UDAF 35 / CHGR.
- Commission d'admission commune.

6. Le degré d'avancement des partenariats et conventions envisagées :

- Projet de mutualisation pôle G07/G08
- Rencontre pôles G07/G08, Direction des projets du CHGR et UDAF 35 – Fait le 22 septembre 2014
- Rencontre avec la MDPH – Fait le 3 octobre 2014
- Visite de la résidence accueil UDAF 35 – Fait le 29 septembre 2014
- Visite de la résidence accueil UDAF 56 : benchmarking.- Fait le 9 octobre 2014
- Co écriture de l'appel à projet ARS par les pôles G07/G08 et l'UDAF 35 – fait le 15 Octobre 2014.

III - DONNEES FINANCIERES :

1. Montant des crédits sollicités en crédits ponctuels :
 - Descriptif des crédits sollicités pour le projet
 - 0,5 ETP de psychiatre
 - 0,2 ETP de psychologue
 - 0,5 ETP d'ASE
 - 1,5 ETP d'IDE
 - 1 véhicule de secteur
 - Montant sollicité = 178 478 €
 - Le temps de cadre de santé 0.1 ETP et le temps d'ergothérapeute 0.1 ETP sont mutualisés et ne font pas l'objet d'une demande de crédits supplémentaires.
2. Montant des crédits redéployés
 - en interne :

Le projet entraîne une diminution de 5 lits d'hospitalisation temps plein (pôle G.07), et une conversion de 3 lits en lits d'hospitalisation séquentielle (pôle G.08) soit 1,4 ETP d'IDE.
Montant redéployé : 69 300 €
 - Vers le médico-social :

Financement UDAF 35

Les personnes accueillies dans ce dispositif doivent bénéficier de la PCH (prestation de compensation du handicap). Si tel n'est pas le cas, un dossier sera instruit par l'UDAF en lien avec le service social du CHGR et transmis à la MDPH pour décision. Cette prestation, assurée par un personnel de l'ADMR, sera pour partie mutualisée afin de rémunérer l'intervention quotidienne pendant 7 heures (soit 52.5 mn par résident) d'une gouvernante et cela 365 jours par an. La mutualisation de la PCH permettra de salarier 3 gouvernantes soit 2.4 ETP pour 8 résidents.

Les résidents sont locataires de leur logement, chacun d'entre eux règle son loyer, ses charges et perçoit l'APL (aide personnalisée au logement). Ils participent également au financement des charges locatives des parties communes et de la coordination.

Une fois réglées les dépenses de la vie quotidienne (alimentation, vêture, soins...), chacun dispose d'un reste à vivre de 194 €.

L'UDAF sollicite une aide au démarrage permettant la mise en place du dispositif d'accompagnement et sa montée en charge progressive pour la première année de fonctionnement.

En qualité de gestionnaire et locataire principal des 8 logements, l'UDAF aura à supporter la totalité des loyers et des charges locatives dès l'ouverture alors que l'entrée des résidents se fera de manière échelonnée sur les 6 premiers mois. Le surcoût lié à cette entrée progressive dans les logements est de 6 300 € correspondant au règlement des loyers des locaux inoccupés.

De même, s'agissant de la PCH, le montant de celle-ci ne sera suffisant pour assurer la présence quotidienne pendant 7 heures seulement lorsque les 8 résidents seront présents. Dans l'attente un complément sera nécessaire pour financer la totalité des 7 heures de présence quotidienne nécessaires. Le surcoût est de 13 376 €

D'autre part, l'investissement de la coordinatrice, chargée d'assurer le bon fonctionnement du dispositif et d'assurer la cohérence des interventions des différents partenaires, sera particulièrement important pendant la phase de montée en charge. Nous évaluons le besoin supplémentaire à 0.10 ETP l'année du démarrage. Les déplacements nécessaires à l'accomplissement de sa mission seront également plus nombreux la première année et nous auront à acquérir un équipement informatique et du matériel de bureau. Le surcoût lié au démarrage est évalué à 10 372 €.

Enfin, la dépense d'ingénierie sociale nécessaire à l'élaboration du projet est évaluée à 5 300 € dont l'UDAF se propose d'assumer la moitié et sollicite donc une participation identique, soit 2 650 € au titre de l'aide au démarrage.

L'aide totale demandée au titre des crédits non reconductibles s'élève ainsi à :
 $6\,300\text{ €} + 13\,376\text{ €} + 10\,372\text{ €} + 2\,650\text{ €} = 32\,698\text{ €}$

IV - CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE

Ouverture 1 Janvier 2015 de l'habitat regroupé « Famille gouvernante ». Résidence du Parc –Pacé.

V - SUIVI ET EVALUATION

En dehors des échanges au quotidien, la coopération avec l'hôpital se concrétise également par des temps plus formalisés de bilan de la collaboration et/ou de synthèse sur des situations individuelles

Indicateurs d'évaluation :

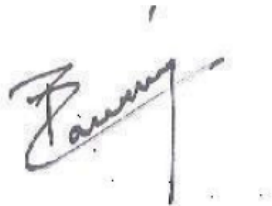
- Activité :
 - ambulatoire = nombre d'actes EDGAR réalisés in situ
 - temps partiel = nombre de séances CATTp et hôpital de jour
 - temps complet = nombre de patients réhospitalisés et durée de séjour le cas échéant
- Nombre d'interventions « en urgence »
- Nombre d'hospitalisations sur lits séquentiels

VI – ANNEXES

- Projet de convention CHGR/UDAF
- Budget mensuel par résident et annuel de fonctionnement UDAF « familles gouvernantes »
- Projet social « Familles Gouvernantes »
- Plans des locaux

Le Directeur
Du CHGR

B.GARIN



Le Directeur
De l'UDAF

M. LAURENT



ANNEXE VII

Fiche d'expression du besoin

FICHE D'EXPRESSION DE BESOIN	
Structure : Habitat regroupé- Pacé Rédacteur : C.Deshoux	Date : septembre 2014
Intention de départ / besoin exprimé : Proposer en partenariat avec l'UDAF35 une alternative à l'hospitalisation temps plein à 8 patients des unités au long cours : Daumezon ou Laborit du CHGR en structure type « Famille-Gouvernante » à Pacé.	
Contexte : <ul style="list-style-type: none">•Le plan santé mentale 2013-2020 de l'OMS: approche multisectorielle pour agir sur les déterminants de la santé.•Le bilan du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 : manques dans l'accompagnement et les problématiques de logement au niveau des territoires.•Le PRS Bretagne 2012_2006 - volet santé mentale : rééquilibre de l'offre en santé mentale au profit de l'ambulatoire.•Le CPOM du CHGR : le dispositif de soins ambulatoires et le redécoupage sectoriel doivent répondre aux priorités du PRS.•Les pôles G07 et G08 sont sur le territoire où l'UDAF35 souhaite créer un dispositif de type « Famille-Gouvernante » pour 8 résidents atteints de troubles psychiques.	
Enjeux : <ul style="list-style-type: none">•Pour le CHGR : répondre à l'appel à projet de l'ARS Bretagne pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale et obtenir des crédits pour financer les moyens d'une nouvelle alternative à l'hospitalisation temps plein à des patients hospitalisés au long cours.•Pour l'UDAF : répondre à l'appel à candidature du Conseil Général 35 pour des logements en habitat regroupé pour des personnes atteintes de troubles psychiques pour implanter une structure type « Famille-Gouvernante » en Ille et Vilaine.•Créer un nouveau partenariat CHGR/UDAF 35 au profit des patients en hospitalisation prolongée.	
Objectifs poursuivis et résultats attendus : <ul style="list-style-type: none">•Développer le partenariat entre le CHGR et le médico social : CHGR/UDAF35 et le CHGR/MDPH.•Diminuer le nombre d'hospitalisation prolongée.•Créer une nouvelle filière de prise en charge des patients hospitalisés de manière inadéquate en psychiatrie•Réinsérer des patients atteints de handicap psychique par le logement•Favoriser la réinsertion via l'habitat regroupé pour 8 patients hospitalisés dans les unités au long cours Daumezon et Laborit .•Accompagner ces résidents dans le dispositif avec des moyens nouveaux•Collaborer et se coordonner avec les gouvernantes et les partenaires de la prise en charge des résidents•Organiser l'intervention sanitaire dans la structure médico-sociale•Eviter le retour en hospitalisation•Décloisonner les secteurs : mutualisation G07/G08•Fermeture de 5 lits d'hospitalisation temps plein sur le pôle G07 et conversion de 3 lits d'hospitalisation séquentielle sur le pôle G08.•Création d'une équipe pluri professionnelle d'appui	
Contraintes : <ul style="list-style-type: none">Absence de statut juridique du dispositif « Famille Gouvernante ».Eligibilité des patients à la PCH.Coordination des partenariats et des conventions.	

ANNEXE VIII Note de cadrage

NOTE DE CADRAGE		
Projet : Proposer en partenariat avec l'UDAF35 une alternative à l'hospitalisation temps plein à 8 patients des unités au long cours : Daumezon ou Laborit du CHGR en structure type « Famille-Gouvernante » à Pacé	Chef de projet : Pas de chef de projet désigné Pour le CHGR : Mme Jehanno Pour l'UDAF35 : Marina	Date : Septembre 2014.
Contexte et enjeux : L'UDAF 35 en juin 2014 sollicite un partenariat avec le CHGR dans le cadre de la création d'une résidence « Famille-Gouvernante» à Pacé, sur les secteurs des Pôles G07 et G08. Dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS Bretagne, ces 2 pôles vont devoir initier une mutualisation pour renforcer le partenariat entre l'UDAF et le CHGR, et créer une nouvelle filière de soins pour 8 patients hospitalo requérants.		
Objectifs poursuivis et résultats attendus (et indicateurs de réalisation) :		
Obtenir le financement du projet par l'ARS. (montant des crédits sollicités par le CHGR/ montant alloué par l'ARS)		
Matérialiser le partenariat par des conventions : CHGR/UDAF ; CHGR/SAVS. (existence ou non de convention)		
Fermeture de 5 lits d'hospitalisation temps plein sur le pôle G07 et conversion de 3 lits en lits d'hospitalisation séquentielle sur le pôle G08 (vérification à l'ouverture de la résidence, fréquence des utilisations des lits séquentiels et motif d'utilisation)		
Eviter le retour en hospitalisation des résidents (délai de retour en hospitalisation)		
Organiser l'intervention sanitaire dans la structure (création de procédures : jour, nuit, urgence)		
Former les gouvernantes (programme de formation)		
Participer à la réhabilitation psycho sociale des patients par le logement (intégration dans l'environnement : existence d'un médecin référent, ...)		

ORGANISATION DU PROJET

<p>Comité de pilotage : CHGR : Directrice adjointe UDAF 35 : Directeur et coordinatrice UDAF35</p>	<p>Equipe projet G07/G08 Médecin Psychiatre G08 Cadre de santé G07 Assistante sociale G07 et G08 (titulaire, suppléante)</p>	<p>Experts : juridique et Ingénierie internes : Direction communication du CHGR, Direction Financière et contrôle de Gestion du CHGR Service Formation continue du CHGR Assistants sociaux Prestataires extérieurs : MDPH</p>	<p>Partenaires : Financiers : ARS CG 35 Opérationnels : CHGR UDAF35 ADMR SAVS</p>
---	---	--	--

DÉMARCHE GÉNÉRALE DU PROJET / CALENDRIER prévisionnel.

Projection personnelle (absence de calendrier officiel dans le projet).

Principales étapes ou phases du plan d'actions :	Date début	Date de fin
Phase 1 : Demande de partenariat et expression du besoin	Juin 2014	Décembre 2014
Phase 2 : désignation de l'équipe projet : Copil G07/G08	8 Septembre 2014	8 septembre 2014
Phase 2 : réponse à l'appel à projet ARS	Septembre 2014	15 octobre 2014
Phase 3 : Signature des conventions CHGR/UDAF 35. CHGR/SAVS.UDAF 35/S.A. HLM Les Foyers. UDAF35/ADMR	juin 2014	Janvier 2015
Phase 4 : partenariat MDPH- éligibilité des patients à la PCH	Septembre 2014	
Phase 5 : création d'une équipe dédiée et modalités de	Septembre 2014	Janvier 2015

l'intervention sanitaire		
Phase 6 : Recrutement et Formation des gouvernantes	Mai 2015	Mai 2015
Phase 7 : création d'une commission d'admission	Juin 2015	
Contraintes à intégrer : Disponibilité des partenaires, pluri professionnalité des partenaires, délai des validations des conventions. Délai de réponse de l'ARS.		
MOYENS AFFECTÉS AU PROJET		
<p>Les temps de l'équipe dédiée: médical, cadre de santé, assistante sociale et psychologue sont mutualisés et ne font pas l'objet de demande de crédits.</p> <p>Gratuité de la formation continue des gouvernantes par le CHGR.</p> <p>Locaux de réunion pour la commission d'admission prêtés par l'UDAF35 .</p>		
<p>Budget sollicité en crédits ponctuels :</p> <p>69 000 euros, soit 1,4 ETP infirmiers pour l'équipe dédiée</p>		

ANNEXE IX

Convention CHGR/UDAF35

CONVENTION DE PARTENARIAT RELATIVE AU DISPOSITIF DES FAMILLES GOUVERNANTES

Entre :

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier,
représenté par son directeur, M Bernard Garin
d'une part

Et :

L'Union Départementale des Associations Familiales d'Ille et Vilaine
représentée par son Directeur, Monsieur Marc LAURENT
d'autre part.

Article 1 - Objet

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier et l'Union Départementale des Associations Familiales d'Ille et Vilaine veulent améliorer par leur collaboration, la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie et dont l'état de santé est suffisamment stabilisé, pour favoriser leur insertion sociale par le biais du dispositif des Familles gouvernantes mis en œuvre par l'UDAF.

Article 2 - Qualité de la prise en charge des patients - Respect des règles éthiques, juridiques et déontologiques

Ils agissent de manière complémentaire dans le respect le plus strict des principes éthiques, juridiques et déontologiques applicables à l'activité médicale, sanitaire et sociale, en ce qui concerne notamment les règles relatives au secret professionnel.

Article 3 – Le dispositif « Familles gouvernantes »

L'U.D.A.F, à l'initiative de ce nouveau dispositif, en est l'opérateur et assure, à ce titre, la gestion des logements ayant vocation à héberger les futurs résidents.

Article 4 – Référents professionnels du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Le Directeur du Centre Hospitalier désigne un référent médical. Il est chargé de la coordination des soins psychiatriques et somatiques ? dispensés aux patients et de la formation de l'équipe pluridisciplinaire.
Il est assisté dans ces missions par un cadre de santé référent et une assistante sociale référente.

Article 5 – Coordinateur technique UDAF

Désigné par le directeur de l'U.D.A.F., il est chargé de l'animation de l'équipe des gouvernantes et assure le lien avec les partenaires du dispositif et en particulier le Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

Article 6 – Admission des patients

L'admission des patients s'effectue comme suit :

Sur orientation d'une équipe pluri professionnelle des pôles concernés, et en accord avec le patient, celui-ci ou son représentant complète le dossier d'entrée et dépose si il n'en bénéficie pas encore un dossier auprès de la M.D.P.H afin d'obtenir une Prestation de Compensation du Handicap.

Après la visite du futur logement et l'adhésion au projet social et au règlement intérieur du dispositif Familles gouvernantes, l'entrée ne se fera qu'après validation de sa candidature par la commission d'admission.

La commission d'admission chargée de l'examen des dossiers se compose comme suit :

- * l'UDAF : son Directeur, le coordinateur,
- * le CH Guillaume Régnier : le médecin référent, le cadre de santé référent et l'assistante sociale référente.
- * un des gouvernants œuvrant dans le logement concerné par l'admission.

Article 7 – Engagement du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

• Au près des résidents

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier organise le suivi psychiatrique des résidents en mettant à disposition le dispositif de soins ambulatoire, notamment les CMP et intra.

Des interventions dans la structure sont mises en œuvre en fonction du projet de soins personnalisé de chaque résident à raison d'au moins une visite par semaine par l'IDE ?

La gestion des situations d'urgence relève des dispositifs classiques (centre 15, pompiers, SAU, SPAO...).

Un protocole précise aux résidents leurs interlocuteurs en fonction des situations et des horaires (jour/nuit notamment).

• Au près des gouvernantes

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier met à disposition des gouvernantes un dispositif d'appui visant à garantir leur formation, leur assistance voire leur supervision :

- Pendant les horaires de fonctionnement de l'équipe dédiée les professionnels référents répondent aux sollicitations.
- Hors des horaires de fonctionnement les professionnels des unités Laborit et Daumazon peuvent être sollicités pour un avis téléphonique.

• Au près du coordinateur technique

Le médecin et le cadre de santé référents sont les interlocuteurs privilégiés du coordinateur technique de l'UDAF. Ils maintiennent avec celui-ci un lien constant pour toute question concernant le fonctionnement de la structure.

Les référents, ou leur représentant participent aux réunions mensuelles du comité de suivi organisées par l'UDAF.

Article 8 – Inadéquation de la prise en charge

En cas de difficulté du résident, le coordinateur technique de l'U.D.A.F. et le médecin référent du Centre Hospitalier Guillaume Régnier évaluent conjointement l'adéquation du dispositif «Familles gouvernantes» pour le résident.

Tous les moyens à disposition doivent permettre de prendre en charge les difficultés passagères (suivi ambulatoire renforcé, intervention renforcée de l'équipe dédiée, hospitalisation séquentielle, ...)

Si le dispositif «Familles gouvernantes» n'est plus adapté, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier s'engage à trouver une solution dans un délai raisonnable, y compris en recourant à l'hospitalisation complète dans le secteur d'origine du résident.

L'UDAF s'engage à reprendre le résident à l'issue de cette période d'hospitalisation complète, si son état le permet, suite à l'avis de la Commission d'Admission.

Article 9 - Comité de suivi

Deux comités sont mis en place, composés de représentants du Centre Hospitalier Guillaume Régnier et de l'U.D.A.F.

Le comité de suivi a pour mission de :

- assurer un suivi de la coopération mise en œuvre et son évaluation, sur la base de quelques indicateurs qu'il identifie,
- régler les problèmes qui pourraient se poser dans ce partenariat,
- proposer des orientations nouvelles à donner à cette collaboration qui devront être validées par le Comité de pilotage.
- Il est composé des professionnels intervenant dans la structure, dont les gouvernants.
- Il est animé par le coordinateur de l'UDAF et les référents des pôles G07 et G08

Le comité de pilotage a pour mission de :

- Renouveler annuellement la convention sur la base des évaluations réalisées par le comité de suivi,
- Proposer des évolutions à la convention et valider le cas échéant les propositions émises par le comité de suivi.
- Il est composé :
 - pour l'UDAF : le Directeur, le coordinateur
 - pour le CHGR : les référents (médecin, cadre de santé, assistante sociale), les chefs de pôle et cadres supérieurs de santé des pôles concernés, 1 représentant de la direction ?
 - Pour l'ADMR : un représentant.

Article 10 - Durée de la convention et résiliation

La présente convention est prévue pour entrer en vigueur à la date de sa signature par les deux parties ; Elle est conclue pour une durée d'un an avec tacite reconduction d'année en année.

Chacune des parties peut dénoncer la convention en fin de période annuelle avec un préavis de six mois adressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Rennes, le

Pour le Centre Hospitalier,
le Directeur

Pour l'U.D.A.F.,
le Directeur

A)

B) M.LAURENT

ANNEXE X

Tableau de suivi des réunions

Dates	Partenaires présents	Ordres du jour	Echéances annoncées
30/06/15	Direction CHGR UDAF 35	1ère rencontre UDAF/CHGR Demande de partenariat de l'UDAF avec la psychiatrie adulte	Fin 2014 : ouverture de la résidence
8/09/14	Bureau de Pôle G07	Présentation de l'appel à projet Désignation du COPIL pour le pôle.	Clôture de réception des propositions à l'ARS : 15/10/14. Réponse ARS: courant novembre 2014.
8/09/14	Direction CHGR Médecin CME COPIL G07 COPIL G08	Maintien de la cohérence territoriale Développement d'un partenariat avec le MDPH. Désignation d'une équipe dédiée au projet	
10/09/14	COPIL G07 COPIL G08	Réponse à l'appel à projet de l'ARS	
22/09/14	COPIL G07 COPIL G08 UDAF 35	1ère rencontre COPIL/UDAF 35 Présentation du dispositif «familles gouvernantes » par l'UDAF.	
9/10/14	COPIL G07 COPIL G08 UDAF 35 UDAF 56	Benchmarking Rencontre COPIL/UDAF56 visite du dispositif «Familles-Gouvernantes» à Vannes	
25/11/14	COPIL G07 COPIL G08 UDAF 35	Elaboration de la convention CHGR/UDAF 35	
1/12/14	COPIL G07 COPIL G08 MDPH	Evaluation et éligibilité des patients à la PCH	
25/02/15	COPIL G07 COPIL G08 UDAF	Rédaction de la convention CHGR/UDAF	
Dates	Partenaires présents	Ordres du jour	Echéances annoncées

9/03/15	Équipe dédiée : médecin+ cadre UDAF ADMR	Recrutement et profil des gouvernantes Coordination avec l'équipe dédiée Convention UDAF/ADMR	7/04/15
7/04/15	COPIL G07 COPIL G08	Version définitive de la convention CHGR/UDAF 35	
28/04/15	Equipe dédiée : médecin + cadre UDAF ADMR	Création et composition de la commission d'admission Définition des principes de fonctionnement entre les 3 partenaires Recrutement et formation des gouvernantes	
1/06/15	Equipe dédiée : cadre+ assistante sociale titulaire UDAF ADMR	1ere réunion de la commission d'admission Bilan de l'état d'avancement des conventions	Date d'ouverture : 15/06/15

ANNEXE XI

Profil de poste infirmier

Pôle G.07/G08

PROFIL DE POSTE INFIRMIER AFFECTE AU DISPOSITIF « FAMILLE GOUVERNANTE »

1. MISSIONS PRINCIPALES DE L'INFIRMIER (IERE)

L'infirmier(ère) :

- Est l'interlocuteur privilégié des résidents et des gouvernantes.
- Répond aux demandes des résidents et des gouvernantes.
- Evalue les situations individuelles et oriente les demandes.
- Veille à assurer, en collaboration avec les gouvernantes, la continuité de la filière de soin du résident avec les équipes des structures sanitaires et/ou sociales.
- Accompagne et soutient les gouvernantes pour comprendre et tolérer les troubles du comportement pour adapter leurs interventions auprès des résidents.
- Evalue les habiletés et participe à l'éducation thérapeutique du patient (apprentissage de la gestion des médicaments, connaissance de la pathologie,...)
- Communique aux gouvernantes au sujet du résident, oralement et par écrit, de manière précise et concise en préservant le secret médical
- Assure le passage régulier dans la structure et en adapte la fréquence et la durée selon les demandes et les besoins.
- . Reste joignable, pendant son temps de travail, par téléphone fourni par le CHGR, pour assurer une permanence en dehors de sa présence dans la structure.
- Gère les situations psychiatriques urgentes en concertation avec le psychiatre référent du résident ou de permanence dans le pôle concerné et l'encadrement.
- Accompagne le résident lors des démarches visant à favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion, dans le cadre de l'environnement familial et social.
- Collabore avec les équipes référentes du patient au CHGR dans le cadre d'un suivi défini dans le projet thérapeutique.
- . Evite le recours à l'hospitalisation en orientant vers le CMP ou le psychiatre référent ou le psychiatre de l'équipe dédié selon les situations.
- Conduit des entretiens individuels d'aide et de soutien auprès des résidents.
- Effectue une observation clinique, concourt au recueil des informations utiles, les transmet à l'équipe référente et dans le dossier de soin du patient.
- Transmet les informations utiles au psychiatre et au cadre de l'équipe dédié.
- Participe aux réunions cliniques concernant les résidents.
- Participe aux réunions institutionnelles avec la structure avec le psychiatre et le cadre référents du dispositif.
- Assure la gestion administrative des mouvements et de l'activité.

2. COMPETENCES ATTENDUES

- Assurer une présence contenante et rassurante auprès résidents des gouvernantes.
- Avoir une expérience professionnelle et des connaissances théoriques psychiatriques notamment concernant les patients hospitalo requérants
- Etre capable d'assurer des responsabilités compte tenu des différentes situations et des moyens à disposition (équipe restreinte, présence médicale ponctuelle, structure isolée, interventions dans la structure...)
- Avoir des aptitudes à l'écoute, à l'accueil et à la conduite de entretiens individuels.
- Savoir entendre les demandes et percevoir le sens de celles-ci pour évaluer le caractère ou non de l'urgence et effectuer une orientation pertinente.
- Etre autonome dans la planification et le suivi des prises en charge , en sachant rendre compte des actions menées.
- Avoir le sens du travail en équipe pluridisciplinaire.
- Faire preuve de pédagogie pour informer et soutenir les gouvernantes dans la gestion des troubles du comportement des résidents.
- Etre capable de représenter l'institution vis-à-vis de la structure et mettre en œuvre le partenariat selon les modalités définies par la convention avec l'UDAF.
- Etre capable de rendre compte des situations qui visent à pérenniser le bon fonctionnement du partenariat.

3. EXIGENCES DU POSTE

- Adapter son rythme de travail et ses horaires aux engagements pris et aux exigences du poste dans une équipe restreinte.
- Se former dans les domaines moins bien maîtrisés.

ANNEXE XII

Procédures d'intervention sanitaire dans l'habitat regroupé

PROCEDURE EN SITUATION DE DEMANDE DE SOIN DU RESIDENT

1. OBJET :

Cette procédure définit la conduite à tenir par la gouvernante en cas de demande de soin du résident et des actes infirmiers à réaliser en vue d'évaluer la demande de soin du résident.

2. DOMAINE D'APPLICATION :

- Habitat regroupé

3. RESPONSABILITES :

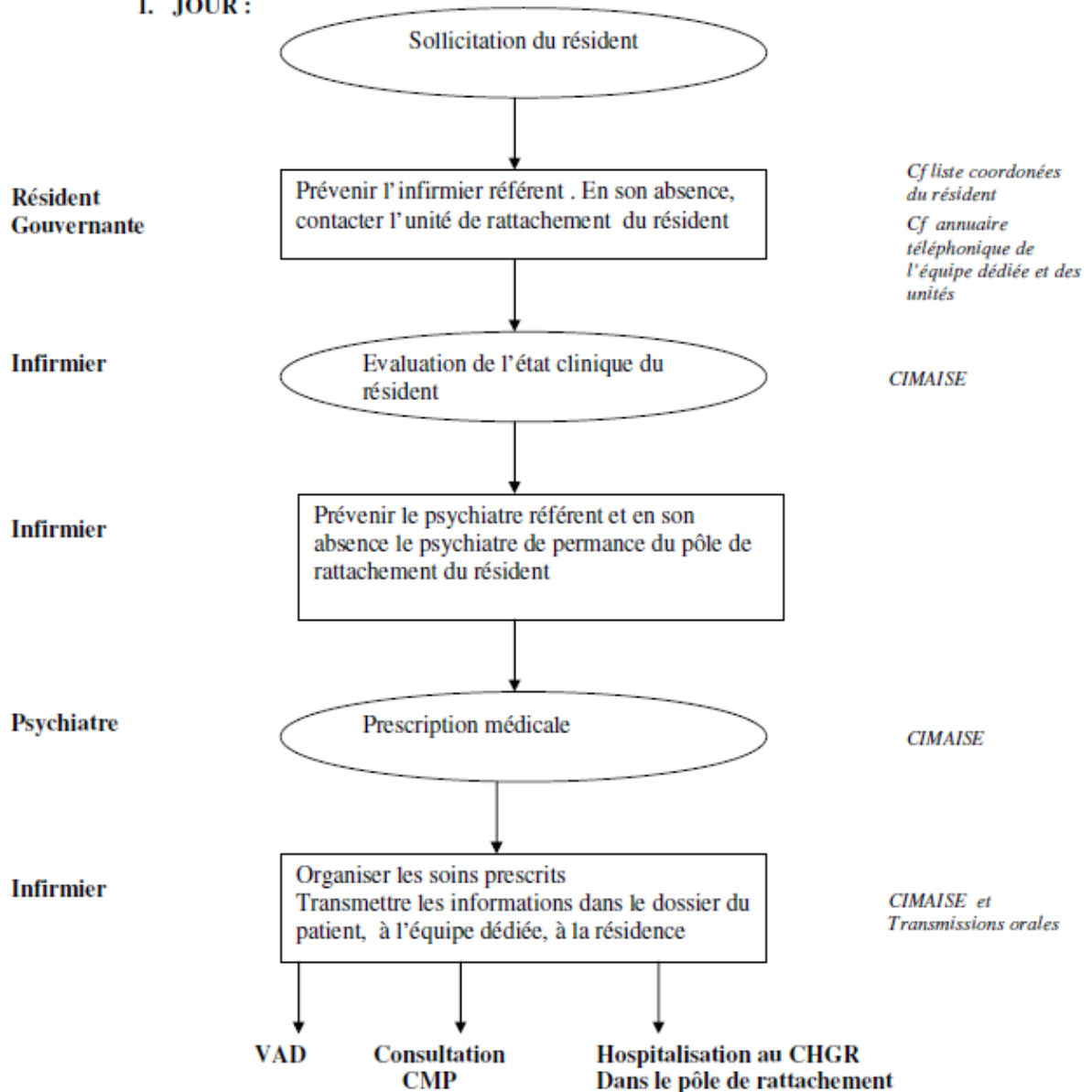
- Directeur de l'établissement
- Médecins chefs de pôle
- Infirmiers
- Gouvernante

4. DOCUMENTS A UTILISER

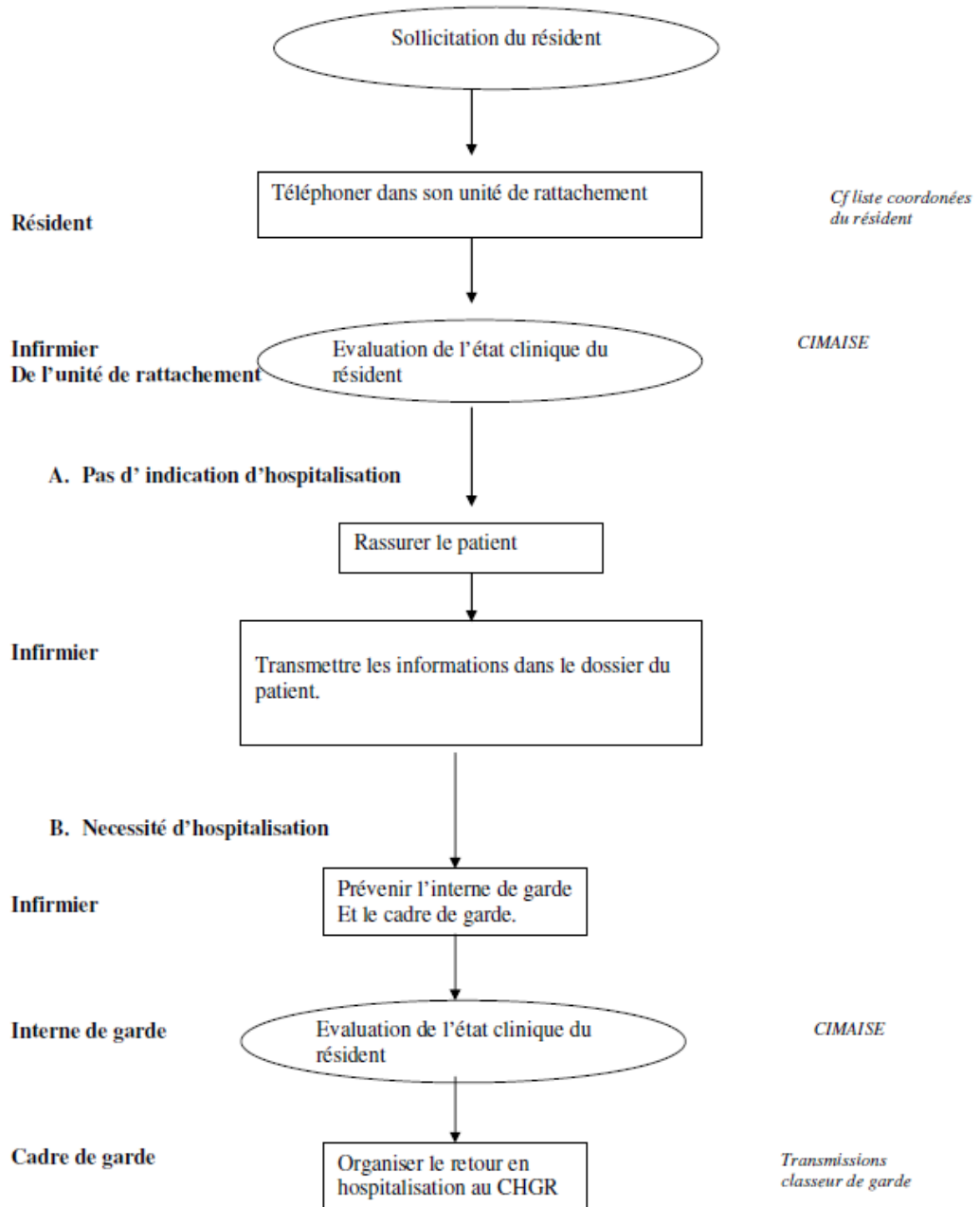
- Annuaire téléphonique du CHGR
- Liste des coordonnées du résident

PROCEDURE EN SITUATION DE DEMANDE DE SOIN DU RESIDENT

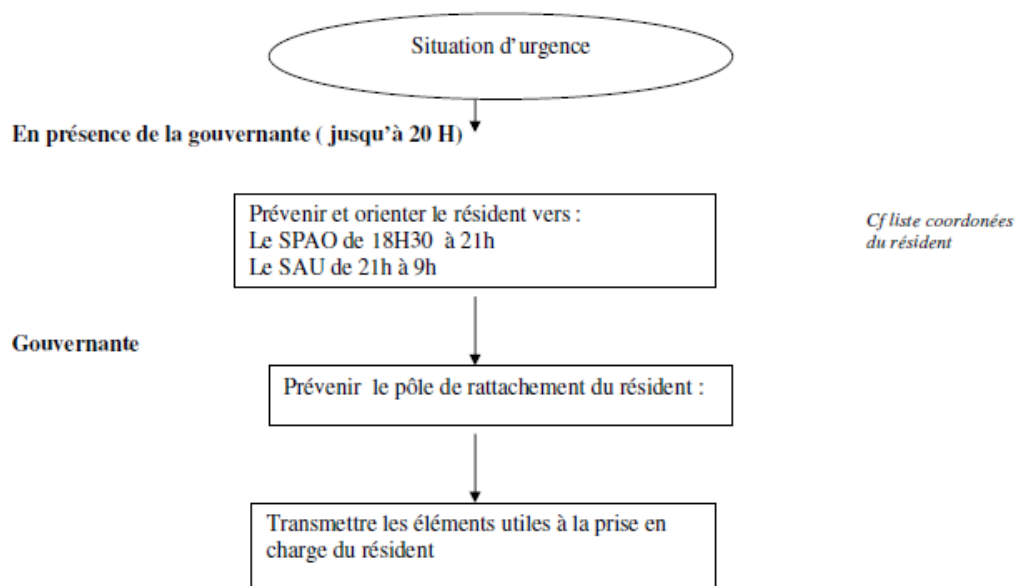
1. JOUR :



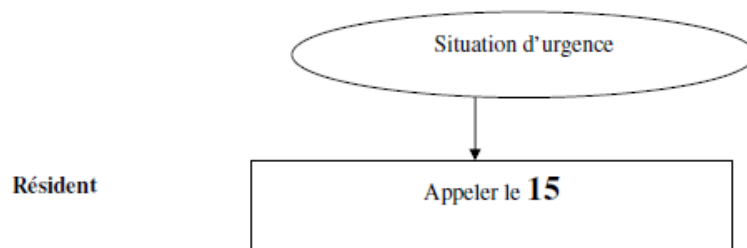
2. NUIT : en dehors de la présence de la gouvernante



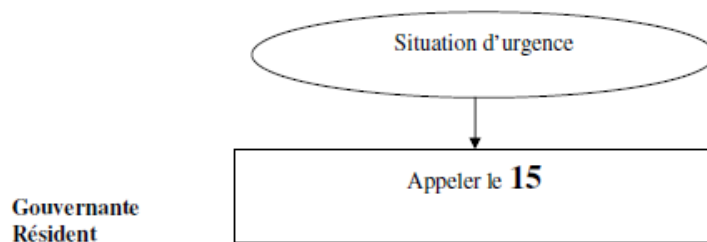
PROCEDURE EN SITUATION D'URGENCE PSYCHIATRIQUE



Après le départ de la gouvernante : après 20H



PROCEDURE EN SITUATION D'URGENCE VITALE 24H/24



ANNEXE XIII

Programme de formation continue des gouvernantes



Offre de formation APPROCHE DE LA SANTE MENTALE EN HABITAT REGROUPE

Notre établissement

Le CHGR est un établissement public de santé. Ses missions sont les suivantes : prévention, diagnostic, soins, réinsertion sociale, enseignement et recherche. Il prend en charge les adultes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes en détresse souffrant de problèmes psychiques. Il accueille les patients hospitalisés sans consentement.

Quelques chiffres

- ✓ 9 secteurs de psychiatrie adulte dont 1 pôle hospitalo-universitaire
- ✓ 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont 1 pôle hospitalo-universitaire
- ✓ 50 sites sur le territoire
- ✓ 761 lits d'hospitalisation
- ✓ 1243 places sanitaires

Compte tenu de l'expertise de ces professionnels, le CHGR intervient auprès de structures extérieures en qualité d'organisme de formation.

Contacts au sein de la Cellule Formation Continue

Madame LEMOINE Directrice Adjointe chargée des Ressources Humaines
Madame PEIGNE Attachée d'Administration Hospitalière
Madame REY Adjoint des Cadres Hospitaliers

Tel : 02.99.33.39.55.

Centre Hospitalier Guillaume Régnier
108 avenue du Général LECLERC - BP 60321
35703 RENNES CEDEX 7
N° agrément formation continue : 5335P015735
N°SIRET : 26 35 00 142 000 17

L'ADMR et l'UDAF ont sollicité le Centre Hospitalier Guillaume Régnier pour répondre à un besoin de formation dans le domaine de la psychiatrie à destination de ses professionnels (gouvernante).

Votre contexte

L'exercice du métier de gouvernante nécessite de disposer de connaissances en santé mentale et de développer des compétences spécifiques à travers les missions d'accompagnement des résidents orientés par les équipes hospitalières psychiatriques du CHGR.

Cette formation permet un temps d'apports théoriques, pratiques et de réflexion. Les résidents sont des personnes suffisamment stabilisées pour vivre en logement autonome, mais dont la fragilité rend nécessaire une présence qui, sans être continue, apporte sécurité, convivialité par un accompagnement personnalisé et, autant que faire se peut, une insertion sociale.

Votre demande – Objectif principal

Sensibiliser les gouvernantes au handicap psychique pour développer leurs aptitudes à accompagner dans les gestes de la vie quotidienne des résidents atteint de troubles psychiques stabilisés, issus d'unités d'hospitalisation au long cours en lien avec l'équipe pluri professionnelle du CHGR.

Rappel des publics et objectifs

Personnels concernés :

Personnel exerçant dans le dispositif « Famille gouvernante » au sein de l'ADMR
Gouvernantes

Nombre de participants :

Les professionnels de l'ADMR (gouvernantes) sont répartis entre deux groupes ce qui permet une formation adaptée.

Objectifs spécifiques de la formation :

- Mieux connaître les principales pathologies psychiatriques
- Appréhender les symptômes des pathologies et les signes de fragilité des résidents pour les transmettre à l'équipe d'appui

- Comprendre le fonctionnement du partenariat entre le dispositif « familles gouvernantes » et le CHGR
- Transmettre les informations utiles aux professionnels référents du résident
- Connaître le dispositif en cas de sollicitation du résident ou d'urgence vitale et psychiatrique
- Collaborer avec l'équipe dédiée pour le projet de vie du résident validé au préalable médicalement.
- Rencontrer les équipes professionnelles qui assurent le suivi du résident dans son unité d'hospitalisation
- Rencontrer les résidents qui seront accueillis pour appréhender leurs habitudes de vie
- Droits et devoirs des résidents

Notre proposition

Module 1 - Enseignements théoriques

Module 1 Groupe 1 et Groupe 2	Lieu	Horaires
8 juin	Groupe 1 et 2 : Services centraux G07	9h00 – 17h00

Module 2 - Formation-action

Module 2	Lieux	Horaires
9 juin	Formation-action Groupe 1 : Unité DAUMEZON Groupe 2 : Unité LABORIT	9h00 – 17h00
10 juin	Formation-action Groupe 1 : Unité LABORIT Groupe 2 : Unité DAUMEZON	9h00 – 17h00
11 juin	Formation-action Groupe 1 : Unité	9h00 – 12h30

	DAUMEZON Groupe 2 : Unité LABORIT	
11 juin	Formation-action Groupe 1 et 2 : Services centraux G07	13h30 – 16h30 M. POIRIER, psychologue
12 juin	Formation-action Groupe 1 : Unité LABORIT Groupe 2 : Unité DAUMEZON	9h00 – 12h30
12 juin	Formation-action Groupe 1 et 2 : Services centraux G07	13h30 – 17h00 Mme LEMOING, M. LINAY Psychologue

Présentation des intervenants

Mr P. CORD'HOMME - Médecin psychiatre - Pôle G08

- Les principales pathologies psychiatriques
- Droits et devoirs des résidents

Mme C. DESHOUX - Cadre de santé - Pôle G07

- Présentation du dispositif et coordination avec l'équipe d'appui et les soignants des unités (jour, nuit, urgence)
- Droits et devoirs des résidents

Mme LE PAUDER - Assistante sociale - Pôle G07

- Accueil (présentation de l'ensemble de l'équipe dédié le 1^{er} jour de formation)

Mr Y. POIRIER - Psychologue - Pôle G07

- Les symptômes et les signes de fragilité des résidents
- Communication auprès des résidents

Mme M. LE MOING – Infirmière Pôle G08 / Mr C. LINAY - Infirmière Pôle G07

- Collaborer avec l'équipe dédiée pour le projet de vie du résident
Rencontrer les équipes soignantes, les résidents

Modalités de la formation

Dates des sessions de formation

Module 1 : 8 juin 2015

Module 2 : 9, 10, 11 et 12 juin 2015

Evaluation de la formation

Un bilan oral sera réalisé par le service formation à la fin de chaque session.

Un questionnaire sera également proposé aux stagiaires.

Le CHGR propose de réaliser un bilan écrit à l'issue de chaque session de formation, sur la base des questionnaires remplis.

Méthodes pédagogiques

Apports théoriques et formation-action à partir des situations observées apportées par les participants

Lieux de la formation

Le CHGR accueille les participants au sein de ses locaux (Services centraux G07 – Unité DAUMEZON – Unité LABORIT).

Restauration

Les repas seront pris en charge par les stagiaires.

Ils seront remboursés ultérieurement par l'OPCA.

Tarification

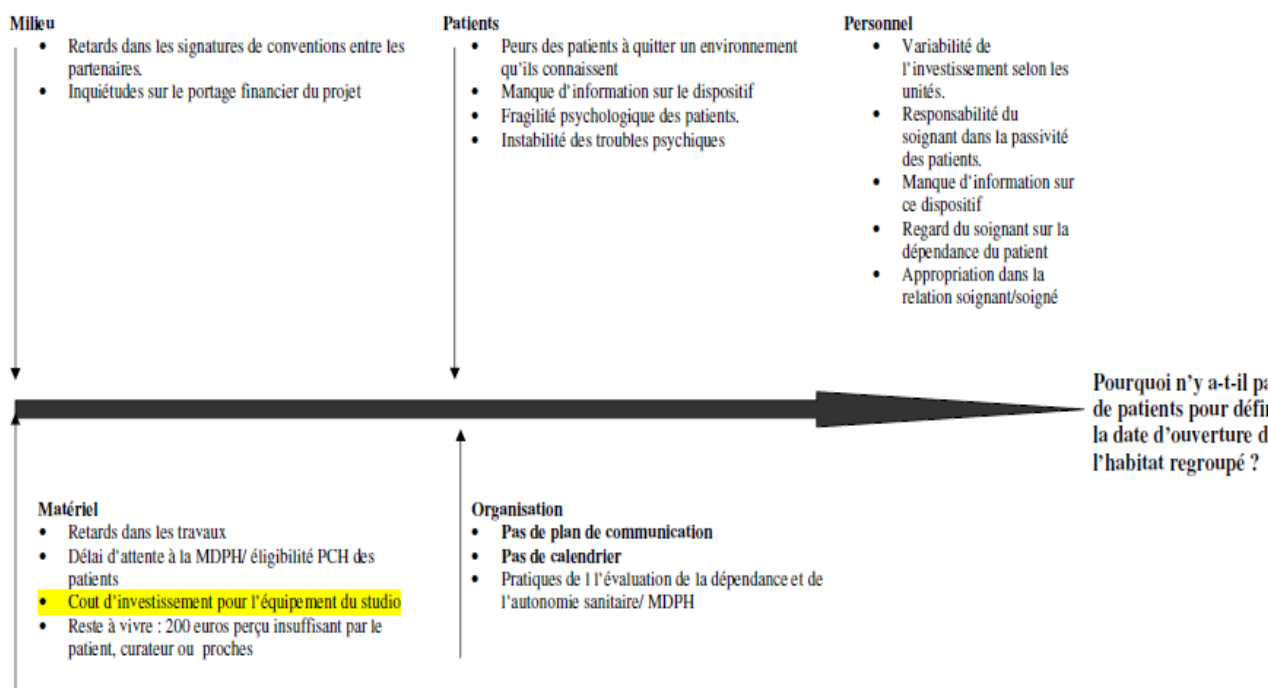
La tarification sera précisée ultérieurement.

ANNEXE XIV

Diagramme d'Ishikawa

Ce tableau reprend toutes les causes qui ont été identifiées depuis la 1ere réunion du groupe

Pourquoi n'y a-t-il pas suffisamment de patient pour définir une date d'ouverture de l'habitat regroupé ?



DESHOUX	Catherine	8 Septembre 2015
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Alternative à l'hospitalisation temps plein en habitat regroupé pour des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie.		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>Dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS pour l'évolution de l'offre de soin en santé mentale en Bretagne de l'ARS Bretagne, la création d'un dispositif de type « Famille-Gouvernante » propose une nouvelle alternative à l'hospitalisation prolongée.</p> <p>Le CHGR (Centre Hospitalier Guillaume Régnier) de Rennes, établissement public de santé mentale régional et l'UDAF 35(Union Départementale des Associations Familiales de l'Ille et Vilaine), institution reconnue d'utilité publique chargée de représenter et de défendre toutes les familles sur un territoire, vont, en partenariat, créer une nouvelle structure d'hébergement adapté pour des patients souffrant de handicap psychique.</p> <p>Ce projet s'inscrit dans le PRS Bretagne 2012-2016 en proposant une amélioration de la fluidité du parcours du patient. Il s'agit de favoriser la réinsertion par le logement, et d'organiser autour du patient en situation de handicap psychique, l'intervention des partenaires sanitaires et médico sociaux sur un territoire.</p> <p>La complexité du projet est dû en partie au nombre de ces porteurs financiers ou opérationnels. À l'interface du soin et de la réinsertion sociale, il s'agit pour le CHGR de créer une nouvelle filière de soin pour des patients en hospitalisation inadéquate et réduire ses capacités en lits d'hospitalisation long cours, dans le cadre de son projet d'établissement et du CPOM.</p> <p>La mission se réfère à la méthodologie de la gestion de projet pour concilier les motivations de chaque partenaire et la mise en œuvre des conventions.</p> <p>Elle a contribué à la création de la première « Famille- Gouvernante » en Ille et Vilaine.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Handicap psychique. Habitat regroupé. Partenariat. Réseau. « Famille-Gouvernante ».Parcours de soin.</p>		

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.