



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

« ASPECTS DE L'ARTICULATION ENTRE SANITAIRE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL EN PSYCHIATRIE ET EN SANTE MENTALE (PATIENTS ADULTES) »

– Groupe n°22 –

- BERICHEL Vincent (DS)
- BESCOND Aude (D3S)
- CAUCASE Myriam (D3S)
- CHEVRIOT Laurence (IASS)
- DARIN Jean-Philippe (D3S)
- DUHAMEL Bastien (EDH)
- FRANCOIS Lorraine (EDH)
- LE GOFF Karen (EDH)
- MELIN Emilie (D3S)
- MOUGNE-GIRARD Béatrice (DS)

Animateur :

M. Serge KANNAS

Sommaire

Introduction	1
1 Le cloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social comme source d'inadéquations en psychiatrie	3
1.1 La séparation de la psychiatrie et du secteur social, une réalité conjoncturelle ?	3
1.1.1 La psychiatrie face à deux tentations.....	3
1.1.2 De la psychiatrie à la santé mentale.....	4
1.1.3 La séparation de la psychiatrie et du secteur social : un héritage juridique et culturel.....	5
1.2 Identification du problème posé à la psychiatrie, dans l'Eure, par le cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social.	7
1.2.1 Un diagnostic partagé difficile à établir au sujet des inadéquations en psychiatrie	7
1.2.2 Des difficultés propres à l'Eure à l'origine des inadéquations en psychiatrie	9
1.3 Les apports d'une meilleure articulation entre la psychiatrie et les secteurs médico-social et social.	12
1.3.1 Vers une meilleure prise en charge des patients.	12
1.3.2 Vers une meilleure gestion des capacités d'hospitalisation.	13
2 Eléments de réponse et perspectives d'évolution pour une articulation appropriée de la psychiatrie et des secteurs médico-social et social, dans l'Eure.	15
2.1 Des dispositifs juridiques récents favorisant l'articulation entre psychiatrie et secteurs médico-social et social.	15
2.1.1 Textes législatifs.....	15
2.1.2 Eléments de programmation.....	18
2.2 Actions envisagées en réponse aux inadéquations en psychiatrie.	20
2.2.1 La mobilisation des acteurs institutionnels sur la question.....	20
2.2.2 Le développement de l'offre de structures sociales et médico-sociales.....	21
2.2.3 L'enrichissement des équipes de professionnels	22
2.2.4 Des amorces de coopérations et de réseaux	23
2.3 Propositions en faveur d'une meilleure articulation.	24

2.3.1 Développer et diversifier les structures d'aval à l'hospitalisation en psychiatrie adulte.	24
2.3.2 Mieux informer et former les personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.....	24
2.3.3 Réorganiser l'offre en psychiatrie	25
Conclusion.....	27
Bibliographie	29
Liste des annexes	I

Remerciements

Nous remercions tout particulièrement M. Serge Kannas qui a guidé notre travail, notamment pour ce qui est de la méthodologie et de la prise de contact avec des acteurs de terrain. Sa disponibilité et sa capacité à nous intéresser aux problématiques étudiées, à partir de son expérience en tant que membre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), ont été fortement appréciées par le groupe.

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à l'égard des personnes qui nous ont accueillis sur le terrain, dans des délais très courts. Nous les remercions pour l'attention qu'elles ont portée à nos demandes et pour le temps qu'elles ont bien voulu nous consacrer.

Nous adressons un remerciement particulier au service audiovisuel de l'E.N.S.P. ainsi qu'à la coordination du M.I.P., pour leur soutien logistique.

Liste des sigles utilisés

A.M.P. :	Aide Médico-Psychologique
A.P.A. :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
A.R.H. :	Agence Régionale d'Hospitalisation
A.S. :	Aide-Soignant
A.S.H. :	Agent de Service Hospitalier
C.A. :	Conseil d'Administration
C.A.T. :	Centre d'Aide par le Travail
C.H. :	Centre Hospitalier
C.H.R.S. :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
C.M.E. :	Commission Médicale d'Etablissement
C.N.S.A. :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
C.P.A.M. :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
C.R.E.A.H.I. :	Centre Régional d'Etudes et d'Action sur les Handicaps et les inadaptations
C.R.O.S.M.S. :	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
C.S.S.T. :	Centre de Soins Spécialisés Toxicomanes
D.D.A.S.S. :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.G.A.S. :	Direction Générale de l'Action Sociale
D.H.O.S. :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
D.R.A.S.S. :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.M.S. :	Durée Moyenne de Séjour
D.S.S. :	Direction de la Sécurité Sociale
E.H.P.A.D. :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
E.T.P. :	Equivalent Temps Plein
F.A.M. :	Foyer d'Accueil Médicalisé
H.A.D. :	Hospitalisation à Domicile
I.D.E. :	Infirmier Diplômé d'Etat
M.A.S. :	Maison d'Accueil Spécialisée
M.D.P.H. :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
M.I.P. :	Module Inter-Professionnel
M.N.A.S.M. :	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
P.H. :	Praticien Hospitalier
P.R.S.P. :	Programme Régional de Santé Publique

P.R.I.A.C. :	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie
R.E.S.P.I.R.E. :	Réseau Exclusion Soins Psychiatrique Infirmiers Région Evreux
S.A.M.S.A.H. :	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
S.A.V.S. :	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
S.R.O.S. :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T.A.P.S. :	<i>Team for the Asses sment of Psychiatric Services</i>
U.D.A.F. :	Union Départementale des Associations Familiales
U.I.A. :	Unité Intersectorielle d'Accueil
U.N.A.F.A.M. :	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques

Introduction

Dans un contexte de faible dynamisme de la démographie médicale, d'augmentation de la demande, mais aussi de diversification de celle-ci avec l'émergence de la notion de santé mentale, la psychiatrie se trouve aujourd'hui en proie à des difficultés. Elle se voit contrainte d'évoluer de façon à satisfaire au mieux les besoins de la population en psychiatrie et en santé mentale. Se trouvent notamment remises en cause les frontières qui séparent les champs sanitaire, médico-social et social. Nombreux sont en effet les patients qui, s'ils nécessitent un suivi psychiatrique, relèvent, parallèlement, de structures médico-sociales ou sociales (maisons de retraite, foyers-logement, ...).

Le cas des personnes hospitalisées à temps plein sur une longue durée alors même qu'aucune indication thérapeutique n'impose une telle prise en charge, est, à cet égard, symptomatique des conséquences du cloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie adulte. Leur maintien à l'hôpital apparaît d'autant plus décalé que les capacités d'hospitalisation tout comme la durée moyenne de séjour (DMS) n'ont cessé de diminuer et que les soins ambulatoires se sont développés. Leur hospitalisation se trouve prolongée du fait de l'insuffisance de réponses alternatives à une hospitalisation à temps plein en psychiatrie, mais aussi en raison de logiques institutionnelles différenciées. Si l'on emploie souvent l'expression de « patients inadéquats » à l'égard de cette population, il est en réalité plus juste de se référer aux « hospitalisations inadéquates » - c'est-à-dire au cas de personnes dont la prise en charge ne répond pas de façon satisfaisante à leurs besoins -, ou aux inadéquations qui peuvent apparaître entre les compétences des professionnels des services ambulatoires et celles qui seraient nécessaires à une prise en charge optimale des patients.

Ces aspects du manque d'articulation des secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale, seront approfondis dans le cadre de la présente étude. Ils représentent un réel enjeu de santé publique dans la mesure où il s'agit d'un facteur-clé de résolution de la crise de l'hospitalisation en psychiatrie, mais aussi d'un vecteur fondamental d'amélioration de la prise en charge de la santé mentale dans notre société.

Ce travail s'intéressera essentiellement au cas du département de l'Eure au regard de cette question. Il aura pour objet d'interroger l'identification du problème dans l'Eure ainsi que d'analyser la capacité de ce département à offrir une réponse adaptée aux

besoins des patients adultes hospitalisés en psychiatrie de façon inadéquate, et à mieux prendre en compte la réalité du handicap psychique par les services ambulatoires de psychiatrie. L'étude s'attachera à déterminer en quoi l'articulation entre les champs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale peut influencer sur la prise en charge du patient, les financements, les identités professionnelles des différents acteurs et leurs représentations.

Après avoir observé dans quelle mesure les frontières entre les secteurs sanitaire, social et médico-social ont un impact sur le fonctionnement tant des services hospitaliers que des services ambulatoires de psychiatrie (I), nous nous attacherons à analyser les éléments de réponse et les perspectives d'évolution de la question dans le département de l'Eure (II).

1 Le cloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social comme source d'inadéquations en psychiatrie

1.1 La séparation de la psychiatrie et du secteur social, une réalité conjoncturelle ?

1.1.1 La psychiatrie face à deux tentations.

Si la psychiatrie est reconnue comme une spécialité médicale à part entière, elle a cependant, dans son fonctionnement même, toujours oscillé entre deux mondes distincts : entre la « tentation médicale » et la « tentation sociale », selon les termes de G. Swain, la psychiatrie peine à se déterminer. Discipline clinique s'il en est, elle aborde en effet ses patients sous un angle différent de celui de ses confrères : elle considère l'individu dans sa globalité, en tenant compte des dimensions psychique, biologique et sociale de celui-ci. Aussi la question de l'appartenance de la psychiatrie au monde de la médecine n'a-t-elle cessé d'opposer, parmi les psychiatres, les tenants de la psychogénèse et ceux de l'organogénèse des maladies mentales. La séparation de la neurologie et de la psychiatrie dans les années 1960, puis leur rapprochement plus récemment, soulignent l'hésitation persistante de la psychiatrie et de ses praticiens. La réponse apportée à cette question n'est pourtant pas sans conséquences car l'adhésion à une conception de la psychiatrie induit des organisations institutionnelles différenciées, des unités d'hospitalisation comme lieu de soin à des unités qualifiées de lieu de vie. Néanmoins, la distinction entre ces deux fonctions de l'hôpital psychiatrique s'avère parfois difficile, la psychiatrie pouvant être sollicitée en raison des impératifs du maintien de l'ordre public. Les spécificités cliniques des patients en psychiatrie tendent à renforcer cette difficulté, les patients ne nécessitant pas toujours de traitement « au lit » à la différence des patients des autres disciplines cliniques.

La psychiatrie se trouve aujourd'hui d'autant plus tiraillée entre les champs médical et social qu'elle doit faire face à de nouvelles évolutions telles que l'émergence de la notion de santé mentale. Les diverses disciplines médicales sollicitent de plus en plus fréquemment la psychiatrie, étant davantage sensibles qu'auparavant aux répercussions psychiques des maladies somatiques, tandis que les demandes formulées à la psychiatrie par le champ social ne cessent de croître. En effet, si les maladies mentales - notamment les affections psychotiques - prennent souvent une forme chronique et favorisent le processus de désaffiliation sociale, il n'est pas possible de faire de la seule réinsertion sociale un but thérapeutique exclusif. Une vision de la psychiatrie

se réduisant à une intervention de type social présenterait le risque d'aboutir à une sortie prématurée du patient au mépris des dangers encourus.

1.1.2 De la psychiatrie à la santé mentale.

La psychiatrie, aujourd'hui confrontée à des évolutions nouvelles, ne se limite plus au traitement des seules maladies mentales répertoriées. Elle s'ouvre désormais plus largement à des souffrances existentielles relevant de la santé mentale. Les nouvelles frontières de la psychiatrie induisent ainsi un renouvellement des rapports de la discipline avec le champ social.

La santé mentale tend à prendre une importance considérable dans nos sociétés. Elle peut être définie, selon les termes de François Cloutier, comme «un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interactions constantes, déterminé sur le plan culturel dans le temps et l'espace, dépendant de conditions plus ou moins favorables, personnelles et collectives, et reconnaissant certains critères fondés sur l'intégration de la personnalité ainsi que sur les capacités d'affronter les difficultés et de résoudre les problèmes de l'existence »¹. Du fait de la multiplicité des facteurs contribuant à la santé mentale, celle-ci ne peut appeler une réponse exclusivement psychiatrique. Cette demande ne s'inscrit pas en effet dans les entités morbides répertoriées par la nosographie traditionnelle des maladies mentales. Elle correspond davantage à un ensemble de phénomènes et de conduites à forte composante sociale, tels que les suicides, les conduites addictives, les comportements antisociaux ou encore tout autre type de déviance.

L'élargissement de la psychiatrie à la notion de santé mentale a, depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, modifié le paysage de la discipline. Si la demande en psychiatrie n'a cessé de croître sur cette période, les capacités d'hospitalisation ont été, dans le même temps, réduites. Cette modification structurelle de l'offre de psychiatrie, favorisée par l'évolution du profil des patients suivis, a été permise par la politique de sectorisation définie par la circulaire du 15 mars 1960. Celle-ci a ouvert la voie au développement des soins ambulatoires comme alternative à l'hospitalisation au long cours et comme possibilité d'accès aux soins pour les personnes non hospitalisées. Aujourd'hui, seules 70 000 personnes sont hospitalisées à un moment donné en France, alors que les secteurs de psychiatrie ont des files actives autrement plus importantes. La DMS en hospitalisation s'est également réduite, les soins en psychiatrie relevant désormais pour une large part de la pratique ambulatoire, une fois l'épisode de crise

¹ CLOUTIER F. (1994). *La notion de santé mentale : explicitation et critique*. Edit. Eres.

passé. Si subsistent encore, dans les hôpitaux psychiatriques, des malades au «long cours » qui engorgent les unités d'hospitalisation, l'accroissement de la demande a toutefois conduit à une modification en profondeur des besoins en psychiatrie.

Ce constat relatif à des évolutions globales de la psychiatrie doit cependant être nuancé par la prise en compte de la diversité des psychiatres et de leur secteur. Tous ne partagent pas les mêmes conceptions, notamment en ce qui concerne le suivi des malades au long cours et le recours aux soins ambulatoires et aux secteurs médico-social et social. Selon les services, les professionnels seront ainsi inégalement encouragés à tisser des liens avec les secteurs médico-social et social, selon que le psychiatre – chef de secteur aura une conception du soin qui y sera favorable ou non.

1.1.3 La séparation de la psychiatrie et du secteur social : un héritage juridique et culturel.

Au-delà des attermolements intrinsèques à la nature de la psychiatrie, le cloisonnement entre les secteurs sanitaire et social est également lié à des facteurs plus circonstanciels qui sont susceptibles, le cas échéant, d'évoluer.

- Une division juridique du système de protection sociale français.

Depuis les années 1970, le champ sanitaire est organisé par des textes spécifiques, telles que la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, la loi n°91-748 du 31 juillet 1991, l'ordonnance hospitalière n°96-346 du 24 avril 1996 et, plus récemment, les ordonnances relatives à la nouvelle gouvernance (l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant notamment «simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé » ou encore l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005).

De la même façon, les secteurs social et médico-social sont régis par deux lois particulières de 1975 : la loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la loi n° 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Cet arsenal juridique distinct a longtemps marqué une fracture nette entre le champ de la maladie et du soin d'une part, et celui du handicap et de l'inadaptation d'autre part. Ainsi cette dichotomie n'a-t-elle pas facilité, dans le champ de la psychiatrie, l'émergence d'une gamme de réponses adaptées aux besoins des personnes hospitalisées au long cours. Ce type de population relevant généralement de plusieurs des catégories envisagées par les textes (maladie, handicap, précarité, inadaptation sociale), la législation est longtemps apparue comme un obstacle à l'amélioration de la prise en charge de ces patients parce qu'elle constituait un frein au décroisement des champs sanitaire, social et médico-social.

Depuis, les lois n°2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, sont venues modifier le paysage dessiné par les deux lois de 1975. Ces récents apports législatifs tendent en effet à favoriser l'articulation entre les champs sanitaire, médico-social et social.

- Des sources de financement diverses.

Si le secteur sanitaire est principalement financé par l'Assurance maladie, les sources de financement des secteurs médico-social et social sont en revanche variées : les établissements et services d'aide par le travail ainsi que les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) reçoivent un financement de l'aide sociale d'Etat. Les foyers d'hébergement pour adultes handicapés dépendent, quant à eux, d'un financement départemental.

La différenciation des sources de financement des secteurs sanitaire, social et médico-social constitue un obstacle supplémentaire au décloisonnement de ces trois secteurs.

- Des cultures distinctes.

Les critères juridiques et institutionnels ne permettent pas à eux seuls d'expliquer la persistance du cloisonnement qui existe entre les secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale. L'absence de culture commune entre les professionnels de ces secteurs constitue également un frein à leur meilleure articulation.

La psychiatrie d'une part et les secteurs social et médico-social d'autre part, constituent deux mondes distincts : les professionnels sont formés et recrutés selon des filières différenciées. Les compétences spécifiques des professionnels d'un secteur sont insuffisamment reconnues par ceux des autres secteurs. Le manque de considération réciproque ainsi que la séparation de leur champ d'intervention conduit à l'affirmation d'identités professionnelles marquées. Aussi Marcel Jaeger fait-il le constat que « selon le type de formation initiale, [...] qu'il s'agisse de travailleurs sociaux ou de soignants, les professionnels ont une capacité plus ou moins grande à faire autre chose que ce pour quoi ils ont été exactement formés ; mais il importe d'abord qu'ils évitent de s'enfermer dans une logique de corporation, faute de quoi les mots-valises de partenariat, d'ouverture, de travail en réseau resteront dans la poésie, pour ne pas dire dans le jargon, et n'auront pas d'implication pratique »². Les professionnels rencontrent ainsi des difficultés de compréhension mutuelle, selon leur secteur d'appartenance. Le

² Marcel JAEGER (2006). *L'articulation du sanitaire et du social*. Ed. Dunod, Paris, 2^e éd.

cloisonnement des métiers ne peut alors que venir renforcer celui des champs sanitaire, médico-social et social eux-mêmes.

Ce défaut d'articulation, constaté à l'échelle nationale, se vérifie également au niveau d'un département comme celui de l'Eure. Les conséquences du cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie y sont d'autant plus importantes que ce département est également confronté à des difficultés spécifiques.

1.2 Identification du problème posé à la psychiatrie, dans l'Eure, par le cloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social.

1.2.1 Un diagnostic partagé difficile à établir au sujet des inadéquations en psychiatrie

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) est intervenue dans le département de l'Eure en 2001, à la demande de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). La Mission a été sollicitée dans un contexte de pénurie de psychiatres dans le département, rendant souhaitable une réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie adulte de façon à assurer le maintien de la qualité de la prise en charge des patients. La Mission a rendu son rapport en septembre 2002. A cette occasion, elle a mis en évidence l'acuité du problème des hospitalisations inadéquates en psychiatrie, dans le département de l'Eure.

Une enquête à ce sujet, pilotée par l'Assurance maladie, est en cours d'élaboration dans le département de l'Eure. Elle devrait fournir une estimation précise de la situation alors que la quantification du problème diffère, pour l'instant, selon les acteurs. Selon le président du Conseil d'administration (CA) et la direction des soins du CH, 70 à 80 personnes seraient actuellement hospitalisées de façon inadéquate dans l'établissement (soit un tiers des patients). Selon l'ARH de Haute-Normandie, les hospitalisations inadéquates concerneraient 40 % des patients hospitalisés au CH de Navarre (soit près de 130 patients). Une majorité des patients hospitalisés de façon inadéquate proviendrait du secteur 6 (Vernon) qui souffre d'une insuffisante densité en psychiatres.

Il est apparu, au cours des entretiens que le groupe de travail a menés avec des acteurs institutionnels et de terrain du département, qu'il n'existe pas de consensus quant à la définition et à la délimitation du phénomène des « hospitalisations inadéquates » en psychiatrie. Le problème semble inégalement identifié par les acteurs.

Les différentes enquêtes (ARH, projet *Team for the Assessment of Psychiatric Services* – TAPS, ...) ne retiennent comme critère de l'inadéquation que la durée

d'hospitalisation de la personne en psychiatrie (plus d'une année en continu). Cette définition ne semble pourtant être reprise que par les acteurs institutionnels (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales - DDASS, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales - DRASS). Il est positif que l'ARH et le Conseil général de l'Eure aient par ailleurs fait un constat similaire quant à l'importance du problème des hospitalisations psychiatriques inadéquates dans le département. Selon l'ARH, 47 % de ces personnes hospitalisées le seraient depuis plus de 5 ans et une personne sur deux ferait l'objet d'une prise en charge par la psychiatrie depuis 11 ans. 18 % de ces personnes étaient auparavant accueillis dans une structure médico-sociale.

Les acteurs « de terrain » (direction du CH, direction des soins, CME) s'appuient, quant à eux, sur des conceptions hétérogènes de l'inadéquation en psychiatrie. La direction des soins met en avant l'inadéquation du motif d'hospitalisation plus que la durée excessive de celle-ci. L'émergence de la notion de santé mentale conduit à une plus grande ouverture de la psychiatrie sur des souffrances existentielles, liées aux évolutions de la société (éclatement de la cellule familiale notamment). Des personnes fragilisées, relevant davantage d'un suivi psychiatrique ambulatoire et d'un soutien social, peuvent ainsi être hospitalisées en psychiatrie. Leur hospitalisation risque de perdurer dans la mesure où la sortie de l'hôpital est rendue plus difficile par l'insuffisance du tissu social et familial de ces patients. La direction du CH considère qu'il ne peut y avoir d'inadéquation de la prise en charge psychiatrique dans la mesure où tout patient a exprimé le besoin d'une telle prise en charge. Elle refuse de différencier les différents types de prise en charge que peut offrir la psychiatrie (hospitalisation complète, suivi en ville). Certains praticiens nient également l'existence d'hospitalisations inadéquates pour certains patients.

Plusieurs personnes interrogées ont, par ailleurs, souligné la relativité de la notion d'inadéquation des hospitalisations en psychiatrie : il leur semble que chaque médecin a une libre interprétation de la notion. Le rôle du chef de service apparaît essentiel dans la définition des réponses apportées : son appréciation des limites des possibilités thérapeutiques de la psychiatrie conduit à ce qu'un patient chronique demeure en hospitalisation ou, au contraire, quitte l'établissement pour d'autres structures en cas d'épisode stabilisé.

S'il apparaît que plus de 50% des patients hospitalisés au CH de Navarre (soit près de 150 patients) sont des patients au long cours, selon un praticien, seul un sixième d'entre eux (soit environ 40 personnes) pourrait se passer de soins quotidiens et ne relèverait plus réellement du secteur sanitaire. Pourtant, la responsabilité du psychiatre semble engagée lorsqu'il décide de faire sortir un patient. Dès lors, certains médecins hésitent à prendre un risque et contribuent ainsi à prolonger des hospitalisations sans que cela ne soit toujours réellement justifié par la nécessité de soins continus.

Dans le cadre de notre étude, nous retiendrons comme critère principal de définition des hospitalisations inadéquates celui utilisé par le Centre Régional d'Etudes et d'Action sur les Handicaps et les inadaptations (CREAHI) qui considère que font l'objet d'une hospitalisation temps plein inadéquate les personnes qui séjournent dans une unité depuis plus de neuf mois en continu alors qu'aucune contre-indication exprimée par les professionnels ne s'oppose à la sortie du patient.

Si le problème est aujourd'hui encore inégalement identifié et approprié par les acteurs institutionnels et de terrain rencontrés dans l'Eure, ces derniers s'accordent, pour la plupart, pour dresser le constat que les personnes hospitalisées en psychiatrie de façon inadéquate présentent généralement trois profils :

- les patients atteints de psychoses chroniques.
- les patients « vieillissants » qui pourraient sortir vers une structure médico-sociale (EHPAD) avec un suivi par la psychiatrie de liaison.
- les patients qui pourraient faire l'objet d'un accueil dans une structure sociale ou dans des maisons-relais.

Le cas des patients ayant commis un acte médico-légal est quelque peu particulier, au vu de la question qui nous occupe.

1.2.2 Des difficultés propres à l'Eure à l'origine des inadéquations en psychiatrie

Si la perception des acteurs à ce sujet ne semble guère avoir évolué depuis le rapport de la MNASM (2002) qui avait mis en évidence la problématique des hospitalisations à temps plein inadéquates en psychiatrie dans le département de l'Eure, ce rapport avait souligné certains dysfonctionnements dans l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie. La collaboration des secteurs sanitaire, médico-social et social, au sujet des personnes hospitalisées en psychiatrie, mais ne relevant plus d'une prise en charge psychiatrique à temps plein, est en effet freinée par de nombreux facteurs.

Si la pression sur les capacités d'hospitalisation au CH est importante, elle n'est cependant pas uniquement due au phénomène des hospitalisations inadéquates prolongées. Elle découle également du faible taux d'équipement du département de l'Eure en lits de psychiatrie (0,5 – 0,6 lits de psychiatrie pour 1000 habitants dans l'Eure ; taux d'équipement régional de 0,71 en Haute-Normandie contre 1,02 en France pour le nombre de lits et de 1,11 contre 1,49 en France pour les lits et places). Les différents secteurs psychiatriques du département couvrent en moyenne une population plus importante que celle définie comme constitutive d'un secteur au niveau national (135 000 habitants dans le secteur G06, pour une recommandation de 70 000 habitants pour un secteur). Ces secteurs sont en outre très hétérogènes en termes de structures existantes. Le CH de Navarre, situé géographiquement sur le secteur G03, regroupe les lits d'hospitalisation de tous les secteurs de psychiatrie générale du département. Les 50

places du secteur 6 situées à Vernon ont fermé en 2002. Pourtant, cette partie nord-est du département est constituée d'une population importante de jeunes en difficultés sociales, issue de la région parisienne. Il manquerait, selon certains praticiens, environ 90 lits d'hospitalisation au CH de Navarre, les lits fermés à Vernon n'ayant pas été redéployés pour la psychiatrie. Le manque de psychiatres et d'offre en psychiatrie est source de difficultés : une croissance des hospitalisations - notamment sous contrainte - y est observable alors même que ces hospitalisations auraient pu, pour certaines, être évitées par l'organisation d'une prise en charge psychiatrique précoce. De la même façon, la couverture insuffisante du secteur en psychiatres et en structures extra-hospitalières rend plus difficile la sortie de patients vers leur domicile ou vers des structures médico-sociales ou sociales. Depuis la fermeture des lits d'hospitalisation de Vernon, la DMS des patients issus de ce secteur au CH de Navarre a ainsi augmenté. Il en est de même pour les patients issus du secteur de Bernay. Dans ces secteurs, les établissements médico-sociaux et sociaux sont encore plus réticents que dans les autres secteurs du département, à accueillir des patients du CH, du fait de l'insuffisant développement de la psychiatrie de liaison.

Un frein majeur au transfert de patients hospitalisés en psychiatrie vers des structures médico-sociales ou sociales réside en effet dans les réticences de ces dernières à recevoir des patients qui font l'objet d'une prise en charge psychiatrique (risque de troubles comportementaux). Les personnels des établissements médico-sociaux et sociaux redoutent de ne pas être suffisamment soutenus par les équipes de psychiatrie en cas de difficultés rencontrées face à un patient initialement pris en charge par le secteur sanitaire. Ainsi, dans les dossiers CROSMS, a-t-il été demandé au CH de s'engager sur la possibilité d'aller-retour de ces patients entre l'hôpital et les structures médico-sociales ou sociales, et sur l'intervention des équipes soignantes de psychiatrie dans ces structures. Les identités professionnelles des personnels soignant ou éducatif de ces établissements constituent ainsi un obstacle au décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social, pour la prise en charge de patients nécessitant un suivi psychiatrique.

Le personnel des établissements médico-sociaux et sociaux, de par sa formation initiale (éducateur spécialisé par exemple), semble insuffisamment préparé à la gestion de patients souffrant d'une maladie psychiatrique et pouvant présenter des troubles du comportement. Cela se traduit par une appréhension face à ces patients, mais aussi par une méconnaissance mutuelle entre secteurs, les professionnels de psychiatrie ayant de ce fait peu recours aux structures médico-sociales et sociales. Le faible nombre de rencontres entre professionnels de différents secteurs ne permet pas suffisamment de sensibiliser les personnels de ces structures à l'accueil de patients de psychiatrie. Les

personnels doivent être formés pour pouvoir accepter la différence de ces patients (tabagisme fort, faible implication dans les activités organisées par l'établissement).

L'accueil de patients de l'hôpital psychiatrique dans des structures médico-sociales ou sociales semble pouvoir être permis par des accords «donnant-donnant » entre ces établissements. Cependant, les équipes de secteur – notamment au CH – peinent d'autant plus à reconnaître l'existence d'inadéquations dans les hospitalisations, qu'elles craignent de voir leurs compétences et leurs moyens réduits. Dans un tel contexte, la rédaction de conventions entre établissements du secteur sanitaire et des secteurs médico-social et social n'est guère favorisée, freinant ainsi la résolution du problème des hospitalisations inadéquates. La collaboration s'avère à ce point insuffisante que la DDASS s'est vue contrainte d'intervenir auprès de maisons de retraite pour que des patients hospitalisés au CH, alors qu'ils ne relevaient plus de cette institution à temps plein et qu'ils y occupaient des lits «à l'année », puissent être accueillis en maison de retraite.

Il convient toutefois de souligner qu'il existe un effet de seuil à ne pas dépasser quant au nombre de personnes qui sont accueillies dans des établissements médico-sociaux ou sociaux et qui connaissent des difficultés de type psychiatrique, même si une masse critique est à l'inverse nécessaire pour que les personnels soient aptes à faire face à leurs besoins spécifiques.

Les difficultés des secteurs médico-social et social à s'ouvrir aux patients « handicapés psychiques » sont également liées au relativement faible nombre de places dont ils disposent. Peu de places nouvelles sont ouvertes du fait de problèmes de financement, liés à la poursuite de la décentralisation de compétences sans transfert parallèle de moyens correspondants. Les places existantes ne sont, quant à elles, pas toujours occupées par des habitants du département et encore moins par des personnes identifiées comme « handicapées psychiques ». Jusqu'à présent, le « handicap psychique » n'étant pas officiellement reconnu, les établissements sanitaires éprouvaient d'importantes difficultés à s'inscrire dans la filière des établissements médico-sociaux et sociaux. En outre, nombre de ces établissements (notamment dans le secteur médico-social) sont gérés par des associations dont le siège est situé en région parisienne. Aussi privilégient-elles l'accueil de personnes issues de l'Île-de-France, laissant relativement peu de places disponibles pour les habitants du département de l'Eure.

Un facteur majeur de l'importance du phénomène des hospitalisations inadéquates dans le département réside dans les problèmes de démographie médicale qu'il connaît. Les professionnels restent généralement peu de temps en poste au CH. La mise en place d'une organisation des soins durable et continue est ainsi rendue difficile, les projets dépendant beaucoup des personnes qui les portent. Les partenariats semblent trop personnalisés.

En outre, de nombreux postes de praticiens restent à pourvoir en psychiatrie alors même que la densité médicale du département est déjà inférieure à la moyenne nationale, en psychiatrie. L'environnement relativement sinistré de la discipline dans le département conduit à une démotivation des équipes de psychiatrie qui rend encore plus difficile l'attraction de nouveaux psychiatres dans ces secteurs. La perspective du déménagement du CH dans de nouveaux locaux pourrait être l'occasion de lancer une nouvelle dynamique dans le département. Une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social permettrait d'améliorer l'offre de soins en psychiatrie dans l'Eure.

1.3 Les apports d'une meilleure articulation entre la psychiatrie et les secteurs médico-social et social.

1.3.1 Vers une meilleure prise en charge des patients.

Une diversité de réponses aux besoins des personnes dont l'hospitalisation en psychiatrie est inadéquate est indispensable. Le Plan national «Psychiatrie et Santé mentale» du 20 avril 2005 comporte cinq axes dont les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS III) doivent tenir compte. Il comprend en particulier un axe relatif à la promotion d'une prise en charge décloisonnée par le biais d'actions visant à mieux informer et prévenir, mieux accueillir, mieux soigner et mieux accompagner.

Ainsi que le précise Marcel Jaeger³, les flux de populations entre la psychiatrie et les établissements sociaux et médico-sociaux s'appuient sur des réalités cliniques. A partir du moment où l'état d'un individu hospitalisé en psychiatrie se stabilise, son orientation vers le secteur médico-social ou social peut se justifier. A l'inverse, lorsqu'une personne reconnue handicapée souffre de troubles relevant du domaine de la santé mentale et nécessitant des soins continus, son hospitalisation en hôpital psychiatrique est adéquate. Cependant, le cloisonnement institutionnel entre ces différents secteurs ne permet pas toujours ces allers-retours entre prise en charge psychiatrique et admission dans les secteurs sociaux et médico-sociaux. Selon l'ARH, le CH de Navarre ne devrait traiter que des patients en phase aiguë, ou ceux requérant un rééquilibrage de leur traitement. Les patients psychiatriques stabilisés ne devraient pas se retrouver à l'hôpital, mais bénéficier d'un accueil dans une MAS, un foyer d'hébergement ou toute autre structure médico-sociale ou sociale plus adaptée à leurs besoins. Ils pourraient continuer à y bénéficier d'un suivi et, le cas échéant, être de nouveau hospitalisés.

³ Marcel JAEGER (2006). *L'articulation du sanitaire et du social*. Ed. Dunod, Paris, 2^e éd.

Une meilleure articulation est nécessaire car elle permet aux différents professionnels de travailler ensemble ; elle favorise l'apport de compétences particulières et mieux adaptées aux types de pathologies psychiatriques. Ainsi les infirmiers sont-ils plus accoutumés à un certain nombre de symptômes issus de la psychose, que les personnels travaillant en structures sociales ou médico-sociales.

Ce cloisonnement conduit à des hospitalisations inadéquates dans le secteur psychiatrique, ce qui peut être préjudiciable aux personnes ainsi hospitalisées. En effet, ainsi que le soulignent de nombreux acteurs, ces patients ne sont que peu vus par les médecins et ne font pas l'objet d'un réel projet élaboré en concertation avec les équipes. Le patient tend ainsi à être enfermé dans un schéma de dépendance, sans projet de vie qui lui permettrait de pouvoir envisager, même à long terme, une réinsertion progressive et aidée dans la société. A la différence de l'hôpital psychiatrique, les structures sociales et médico-sociales privilégient en particulier le maintien de l'autonomie et du lien social et/ou familial, par le biais de diverses activités, d'une ouverture sur la ville et de la présence d'un encadrement adapté (éducateurs spécialisés, ergothérapeutes ou aides médico-psychologiques – AMP -, par exemple) ou de la visite de bénévoles. Le décroisonnement doit permettre de conjuguer projet de soins, projet de vie, socialisation voire réinsertion en milieu ordinaire. Sortir de l'institution ne signifie pas l'arrêt de tout suivi.

Le renforcement de l'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie, notamment par le décroisonnement des identités professionnelles, peut également être source d'amélioration de la prise en charge des patients bénéficiant de soins ambulatoires, en réduisant les inadéquations existant dans les structures ambulatoires.

1.3.2 Vers une meilleure gestion des capacités d'hospitalisation.

Le taux d'occupation du CH de Navarre est actuellement de 98 %. Les chambres d'isolement qui doivent normalement être considérées comme des équipements y sont en réalité utilisées comme des lits à part entière de façon à accroître la capacité d'accueil de l'établissement en hospitalisation temps plein en psychiatrie adulte. Cet usage conduit à une désorganisation des unités, lorsque l'utilisation d'une chambre d'isolement est requise. Les patients hospitalisés de façon inadéquate demeurant sur une longue période dans les unités d'hospitalisation, des difficultés se font jour quant à l'accueil d'autres patients depuis l'extérieur ou depuis d'autres structures.

Le CH comprend des unités différenciées, notamment une Unité Intersectorielle d'Accueil (UIA) et une unité pour les patients au long cours, de façon à répondre au mieux à l'évolution des besoins de chaque patient. Cependant, l'UIA est en pratique occupée par des patients au long cours.

Si un patient jusqu'alors hospitalisé de façon inadéquate peut être intégré dans une structure sociale ou médico-sociale, douze admissions annuelles sont alors rendues possibles, sur la base d'une DMS d'un mois, selon le rapport de la MNASM relatif au département de l'Eure.

La prise en charge de certains patients stabilisés pourrait être améliorée par leur accueil dans un établissement social ou médico-social. Certaines études, telle que l'enquête anglaise TAPS, tendent à montrer qu'une telle opération aurait un impact nul en termes financiers. Elle induirait toutefois, selon les structures concernées, un transfert de charges entre Etat, conseil général, Sécurité sociale ou personnes accueillies. Si l'impact financier de la résolution du problème des hospitalisations inadéquates n'apparaît donc pas, à court terme, comme un argument déterminant en faveur d'un transfert des patients au long cours vers les structures médico-sociales ou sociales, des éléments de solution peuvent d'ores et déjà être dégagés.

2 Eléments de réponse et perspectives d'évolution pour une articulation appropriée de la psychiatrie et des secteurs médico-social et social, dans l'Eure.

Malgré une identification encore partielle du problème des hospitalisations inadéquates dans l'Eure, des éléments de solution tendent à apparaître. Si certains d'entre eux découlent d'évolutions juridiques décidées au niveau national, d'autres relèvent en revanche de l'initiative des acteurs locaux.

2.1 Des dispositifs juridiques récents favorisant l'articulation entre psychiatrie et secteurs médico-social et social.

L'articulation entre les champs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale semble aujourd'hui plus largement encouragée au travers de plusieurs textes récents, de natures juridiques variées. Ce nouvel intérêt pour le décloisonnement de ces trois secteurs est lié à l'enjeu majeur qu'il représente en termes de santé publique.

2.1.1 Textes législatifs.

- La loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La loi du 2 janvier 2002 vient modifier le paysage juridique de l'action sociale et médico-sociale, jusqu'alors régi par les lois de 1975. Si celles-ci avaient conduit à cloisonner les champs sanitaire, médico-social et social, la loi 2002-2 entend encourager des rapprochements et des coopérations entre ces différents secteurs. Cette tendance était déjà perceptible dans l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'organisation hospitalière qui a ouvert la possibilité, pour les établissements publics de santé, de créer et de gérer des structures sociales et médico-sociales.

Aussi la loi du 2 janvier 2002 crée-t-elle de nouveaux outils de planification (schémas national, régional et départemental de l'action sociale et médico-sociale) qui doivent être élaborés en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire correspondants. Les projets de création d'établissements déposés devant le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) doivent ainsi proposer des modes de coopération et d'articulation avec le champ sanitaire (mise à disposition de personnels, conventions de fonctionnement...). Les établissements médico-sociaux ou sociaux sont autorisés, par cette même loi, à conclure des conventions avec des établissements de santé, ceux-ci pouvant même participer à un regroupement de structures médico-sociales ou sociales.

Par ailleurs, la loi n°2002-2 a défini une nouvelle nomenclature des établissements et services médico-sociaux et sociaux. Elle reconnaît les lieux de vie et d'accueil non traditionnels et encourage les établissements à caractère expérimental.

Ce nouveau cadre législatif incite au décloisonnement des secteurs sanitaire, médico-social et social. Les nouvelles possibilités ainsi ouvertes répondent tout particulièrement aux besoins rencontrés dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

- La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

La loi du 13 août 2004 vise à relancer la dynamique de la décentralisation. Elle confirme le principe du transfert de compétences en matière d'aide sociale de l'Etat vers les départements, certains domaines demeurant néanmoins à la charge de l'Etat (grande exclusion, demandeurs d'asile...). Le département prend en charge de nombreuses personnes qui relèvent de l'aide sociale dont il est responsable (Prestation de compensation du handicap) et qui font également l'objet d'un suivi en psychiatrie.

Si les transferts de compétences vers les départements forment un bloc cohérent, certains départements considèrent toutefois la compensation des charges financières correspondantes comme insuffisante. Cette évolution pourrait conduire à une fragilisation de certaines actions dans le champ social par un désengagement relatif des départements.

Il est intéressant de remarquer que le président du Conseil Général de l'Eure, président de droit du CA du CH de Navarre, voit, par cette loi, son rôle de décideur en matière d'action sociale et médico-sociale renforcé. Cette double compétence dont il dispose devrait s'avérer favorable à une meilleure articulation de la prise en charge psychiatrique et médico-sociale ou sociale des personnes handicapées psychiques.

- La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées consacre la notion de handicap psychique. La reconnaissance de sa spécificité témoigne d'une évolution de la conception du handicap depuis 1975. Des personnes auparavant considérées comme des patients souffrant de troubles psychiques nécessitant des soins de longue durée et pour lesquelles une insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire n'était pas envisageable apparaissent désormais comme souffrant d'un handicap psychique. Cette reconnaissance leur permet ainsi de bénéficier de mesures particulières de soutien et d'accompagnement adaptées à leur handicap.

La loi du 11 février 2005 vient compléter la loi n°2004-626 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle précise

notamment les conditions de fonctionnement de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui contribue au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie notamment par le concours qu'elle apporte aux départements dans le financement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA). Il en est de même pour la nouvelle prestation de compensation versée aux personnes handicapées (prestation de compensation du handicap). Le nouveau mode de financement socialisé de cette prestation devrait favoriser l'élaboration de plans plus individualisés de prise en charge du handicap et la coopération de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes handicapées. Le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) tout comme le schéma départemental du handicap doivent être élaborés en lien avec le SROS ainsi qu'avec toutes les dispositions nationales, régionales et départementales relatives à l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale.

La loi du 11 février 2005 crée également les «Maisons Départementales des Personnes Handicapées » (MDPH), destinées à offrir un «guichet unique » en termes d'évaluation du handicap, d'allocation de prestations, d'information et de planification des établissements et services. Les MDPH apparaissent comme des structures de proximité devant faciliter l'articulation entre les différents intervenants sanitaires, médico-sociaux et sociaux. L'article 94 de la loi du 11 février 2005 précise ainsi, dans son alinéa 1, que les MDPH doivent « permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ».

Plus récemment, la circulaire du 30 mars 2006 a entendu décloisonner les financements de mesures nouvelles, destinés à la psychiatrie pour l'année 2006. Cette circulaire innove en ce sens qu'elle est commune à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), à la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), à la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) et à la CNSA.

- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

La loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique rend obligatoire l'élaboration par chaque région d'un Plan Régional de Santé publique (PRSP) qui a pour objet de définir les priorités de santé publique qui lui sont spécifiques. Au terme des articles L. 1411-11 et L. 1411-12 du Code de Santé Publique, le PRSP est arrêté après avis de la conférence régionale de santé. Il doit comprendre tous les programmes et actions prévus dans la région en matière sanitaire, pour les années à venir. Le SROS tient compte des objectifs prévus par le PRSP. Qu'elles relèvent du secteur sanitaire,

médico-social ou social, les structures peuvent participer à toutes les actions prévues dans la région. En Haute-Normandie, le PRSP a d'ores et déjà été élaboré.

2.1.2 Eléments de programmation.

- Le Plan national « Psychiatrie et Santé mentale » 2005-2008

Le Plan « Psychiatrie et Santé mentale » entend répondre à l'insuffisante adaptation de l'offre, en psychiatrie et en santé mentale, aux besoins de la population, du fait du cloisonnement excessif qui demeure entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Le Plan « Psychiatrie et Santé mentale » vise le développement de réseaux comme outil efficace de coordination. Il s'agit de « fédérer l'ensemble des professionnels concernés afin de créer les conditions d'un partage de compétences et d'expériences, dans un cadre partenarial centré autour des besoins du patient⁴ » en vue de l'amélioration de sa prise en charge. Il promeut également le développement d'« une offre sociale et médico-sociale diversifiée [...] articulée avec l'offre de soins⁵ » en psychiatrie. Est notamment envisagée la mobilisation de structures telles que les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Si la coopération encouragée par le Plan « Psychiatrie et Santé mentale » doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients, il ne semble pour autant pas souhaitable que les frontières entre secteurs sanitaire, médico-social et social s'effacent entièrement.

Le volet « Santé mentale » du PRSP de Haute-Normandie prend en compte les recommandations du Plan national « Psychiatrie et Santé mentale ».

- Le Programme Régional de Santé Publique de Haute-Normandie.

La « santé mentale » a été élevée au rang d'objectif prioritaire en 2002 dans le cadre du PRSP de Haute-Normandie. En vue d'établir une réelle articulation entre tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, une structure commune de pilotage et de réflexion a été mise en place. Elle vise à répondre, au mieux, à la problématique en tenant compte des positions retenues dans le cadre du SROS (volet « psychiatrie ») et des schémas départementaux du handicap. Les groupes de travail ayant élaboré le PRSP ont constaté, à cette occasion, une « méconnaissance réciproque des missions, contraintes, limites et fonctionnement des acteurs des secteurs sanitaires psychiatriques, médico-sociaux, voire sociaux, ce qui a une incidence sur l'opportunité des orientations, la

⁴ Plan national « Psychiatrie et Santé Mentale » 2005-2008 (20 Avril 2005).

⁵ *Id.*

réussite des projets individuels, les possibilités de réinsertion...⁶ ». Ce constat établi, des objectifs ont été définis. Ils sont applicables également au département de l'Eure. Il s'agit notamment de :

- Développer et soutenir les réseaux et partenariats entre les différents acteurs sanitaires de psychiatrie, médico-sociaux et sociaux.
- Améliorer l'information par la mise en place d'un document unique ou d'un site unique dédié à la santé mentale.
- Améliorer la formation des professionnels des différents secteurs concernés.
- Favoriser l'adaptation des métiers.

- Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire - 3^{ème} génération (SROS III)

Le SROS, en date du 30 mars 2006, reprend, dans son volet « Psychiatrie et santé mentale », les axes développés par le Plan national « Psychiatrie et Santé mentale » du 20 avril 2005. Le SROS III préconise l'instauration d'une nouvelle organisation en raison d'indicateurs de santé dégradés et de l'insuffisance de l'offre face à une demande croissante en soins de psychiatrie. Il s'agit de répondre aux besoins existants en adaptant la sectorisation psychiatrique aux situations des populations concernées. Est envisagé le rattachement administratif des différentes structures de l'Eure au principal établissement situé à Evreux afin de rendre les postes médicaux « plus attractifs » et d'établir un réseau important et dynamique, juridiquement implanté et soutenu par un véritable projet médical. Un centre médico-psychologique (CMP)-pivot dans la ville d'Evreux devrait permettre également un désengorgement des urgences.

Le principe d'adéquation et d'adaptation de l'offre aux besoins, ainsi que la formalisation des coopérations apparaissent comme une priorité du SROS III dans l'Eure : une « évolution organisationnelle ⁷ » est envisagée avec les acteurs et structures médico-sociales pour une prise en charge des personnes actuellement hospitalisées au long cours alors même qu'elles ne relèvent plus uniquement du secteur sanitaire en psychiatrie. En outre pourraient être mises en place des Unités Mobiles Psychiatriques de façon à faire participer les équipes de psychiatrie au suivi des patients dans les structures sociales et médico-sociales qui les accueillent, si celles-ci ne sont pas pourvues de personnels formés.

En matière d'organisation institutionnelle, de planification sanitaire, médico-sociale ou sociale, de nombreux textes tendent désormais à donner sens à l'articulation nécessaire entre les champs sanitaire, social et médico-social, en psychiatrie et en santé

⁶ Programme Régional de Santé Mentale, DRASS Haute-Normandie, juin 2005.

⁷ SROS III, volet « Psychiatrie et Santé mentale », 30 mars 2006.

mentale. Un certain nombre de réponses apportées dans le département de l'Eure et de projets en cours s'inscrivent bien dans cet ensemble de dispositifs juridiques.

2.2 Actions envisagées en réponse aux inadéquations en psychiatrie.

Le problème de l'inadéquation et du cloisonnement entre sanitaire, social et médico-social est apparu comme étant imparfaitement identifié par les acteurs dans le département de l'Eure. Depuis la mission réalisée dans l'Eure par la MNASM fin 2001, un certain nombre d'éléments de réponse ont pourtant été apportés ou sont en voie de l'être. Les actions menées l'ont été essentiellement à l'initiative des pouvoirs publics. Ceux-ci ne sont pourtant pas les seuls susceptibles d'enclencher un mouvement global de changement.

2.2.1 La mobilisation des acteurs institutionnels sur la question

- Un processus de planification partenarial

Le règlement des difficultés d'articulation suppose, selon la DRASS, que les acteurs apprennent au préalable à se connaître et à se reconnaître pour pouvoir travailler conjointement. Une structure de pilotage commune à l'ensemble des acteurs concernés par la question des inadéquations en psychiatrie a ainsi été mise en place. Elle a reçu pour mission, de la part de la DRASS et de l'ARH, de coordonner les travaux et les propositions des professionnels des différents secteurs de façon à mettre en cohérence les divers documents de planification. La région Haute-Normandie a ainsi développé une démarche de planification originale : les groupes de travail mis en place sont pluri-professionnels et réunissent, outre les structures médico-sociales, sociales et psychiatriques, les usagers, les conseils généraux, le conseil régional, l'Education Nationale, la protection judiciaire de la jeunesse et les institutions pénitentiaires, en vue de l'élaboration du SROS III, du PRSP et du schéma départemental du handicap. Le CH de Navarre a également participé aux travaux préparatoires du SROS. Ces groupes de travail ont mis en évidence la méconnaissance réciproque des missions, des contraintes et du fonctionnement des acteurs des secteurs sanitaire, psychiatrique, médico-social, voire social, ce qui a une incidence sur l'opportunité des orientations, la réussite des projets individuels ainsi que les possibilités de réinsertion des personnes. Le dispositif de psychiatrie apparaît en outre insuffisamment lisible pour les partenaires éventuels du secteur. Les coopérations s'avèrent insuffisamment formalisées pour que leur pérennité soit garantie et que la continuité du suivi du patient soit assurée.

Cette amorce de travail en commun doit permettre aux différents acteurs d'approfondir leur connaissance réciproque, par échanges d'expériences. Si leur

hétérogénéité peut ainsi être surmontée, les acteurs de terrain doivent toutefois s'approprier la question.

- Enquête sur les hospitalisations inadéquates en Haute-Normandie

Les pouvoirs publics ont également été à l'initiative de la réalisation d'une étude spécifique sur les inadéquations en psychiatrie, en raison de l'absence de consensus des différents acteurs sur cette question. Le service médical de l'Assurance maladie a été chargé de mener cette enquête. Assistent au comité de pilotage en charge de cette enquête des représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux. Commencée au cours de l'été 2005, elle vise à donner une photographie la plus précise possible du nombre de patients présents au CH un jour donné qui relèvent en réalité d'un autre mode de prise en charge (secteur médico-social, soins ambulatoires, appartements thérapeutiques, maisons de retraite, ...) que l'hospitalisation à temps complet.

Si les résultats de l'enquête n'ont pas encore été finalisés, il semblerait que 330 personnes se trouvent dans une telle situation en Haute-Normandie, représentant jusqu'à 40% des effectifs des unités de certains établissements (CH de Navarre). L'étude comporte toutefois deux biais dans la mesure où les établissements interrogés méconnaissent souvent les structures de type Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) ou Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), créations de la loi du 11 février 2005. Les patients qui pourraient y être orientés ne sont donc pas pris en compte. Il existe également un risque de surévaluation, par les secteurs de psychiatrie, des besoins en places dans des structures telles que les MAS ou les Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM). La création de structures supplémentaires de ce type faciliterait la prise en charge de certains patients de psychiatrie par les secteurs médico-social et social.

Les résultats de l'enquête de l'Assurance maladie devraient constituer la base d'un diagnostic partagé entre tous les acteurs de Haute-Normandie, en vue d'une définition commune de l'inadéquation. Les personnes identifiées comme handicapées psychiques par l'enquête apparaissent ainsi comme ne nécessitant plus des soins intensifs de psychiatrie ni de contacts réguliers avec un médecin. Il s'agit de personnes dont l'état pathologique désormais stabilisé leur permet d'envisager la définition d'un projet de vie qui n'exclut pas la continuité de leur suivi psychiatrique.

2.2.2 Le développement de l'offre de structures sociales et médico-sociales

La DDASS a lancé, en novembre 2005, un appel à projet pour la création de trois MAS, à l'horizon 2006/07. L'une d'elles devrait être financée par le PRIAC. Cette initiative qui s'inscrit dans le cadre du schéma départemental du handicap, prévoit la création d'une MAS de 20 à 25 places dédiées aux patients ne nécessitant plus une prise en

charge à temps plein par la psychiatrie. Cette structure pourrait permettre d'accueillir des anciens patients de l'unité de soins, rattachée au secteur G04, qui accueille des malades au long cours. Le CH de Navarre considérant comme indispensable l'ouverture d'une MAS à orientation psychiatrique dans le département, a jugé préférable de présenter un dossier de candidature pour s'assurer de la création d'une telle structure. Cette initiative n'a pas reçu un accueil favorable de la part de tous les acteurs du CH de Navarre : si d'aucuns considèrent la proposition comme justifiée par la bonne connaissance qu'a l'hôpital des patients et de leurs besoins, le principe même de la création d'une MAS par l'établissement est contesté par d'autres. La MNASM avait d'ailleurs souligné, dans son rapport de mission sur l'Eure (2002), que les structures d'aval à l'hospitalisation psychiatrique devaient être « complètement différenciées du site hospitalier » et s'inscrire « dans un véritable projet non sanitaire de type lieu de vie, en respectant certaines conditions, [en excluant tout] financement par la psychiatrie. Il s'agit d'un projet ambitieux et respectueux des patients, et non au rabais, comportant en premier lieu le recrutement d'un directeur d'établissement médico-social si c'est le CH qui le gère, et un personnel suffisant ». La DRASS partage cette position.

Est également prévue l'ouverture de deux maisons-relais, l'une d'entre elles devant être créée courant 2007. Cette dernière sera liée à un établissement médico-social et assurera notamment l'accueil de patients auparavant hospitalisés en psychiatrie. Un psychiatre y interviendra de façon ponctuelle. Des appartements thérapeutiques ont récemment été mis en place dans la majorité des secteurs psychiatriques du département. Deux d'entre eux dépendent des secteurs de psychiatrie générale d'Evreux et de Vernon.

2.2.3 L'enrichissement des équipes de professionnels

A l'initiative de la direction du CH de Navarre et de la direction des soins, soutenues par le corps médical, les équipes intervenant en psychiatrie ont été diversifiées. De nouveaux métiers ont ainsi été introduits au CH de Navarre. Aux 258 infirmiers et 68 AS sont ainsi venus s'ajouter douze AMP (dont six depuis très peu de temps), un moniteur-éducateur, six psychomotriciens, deux ergothérapeutes, 0,5 kinésithérapeutes et onze éducateurs spécialisés. Ces chiffres concernent les services ambulatoires et hospitaliers, tant en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie infanto-juvénile, sur l'ensemble du département. Ces « nouveaux professionnels » en psychiatrie ont surtout été introduits dans les unités de suite ou de long cours. La diversification des équipes dans les services d'hospitalisation et dans les structures ambulatoires permet une évolution de la prise en charge, grâce à la présence de personnels aux compétences non plus exclusivement sanitaires, mais également sociales et éducatives. Certains

postes d'éducateurs spécialisés ont été créés par transformation de postes d'infirmiers en vue d'enrichir les compétences des équipes dans un sens plus conforme aux besoins des patients. La polyvalence des équipes et la diversité des regards portés sur les patients apparaissent comme un facteur majeur d'amélioration de la prise en charge. Pour autant, cette évolution est freinée par la pénurie de professionnels du secteur social et par le corporatisme de certains personnels de psychiatrie.

Les professionnels sont également invités à enrichir leurs compétences. Le PRSP a ainsi prévu des actions de sensibilisation et de formation des personnels sociaux et médico-sociaux au handicap psychique. Le CH de Navarre permet également à son personnel de bénéficier de formations visant à adapter leurs compétences à l'évolution du profil des patients. L'objectif est de développer des formations communes aux trois secteurs : chacun peut ainsi apporter son savoir-faire en matière de prise en charge du handicap psychique.

2.2.4 Des amorces de coopérations et de réseaux

Des conventions de mise à disposition de personnel, encore peu formalisées, permettent d'ores et déjà à des professionnels de psychiatrie d'intervenir dans des maisons de retraite. Des infirmiers du secteur G04 se déplacent, quant à eux, dans des CHRS. Si les partenariats sont encore fragiles du fait de leur personnalisation, ils annoncent toutefois le développement d'une psychiatrie de liaison. Pour confirmer cette orientation, des engagements institutionnels seraient, selon la DRASS, souhaitables.

Des rencontres sectorielles entre le personnel soignant des EHPAD et les équipes de psychiatrie, et entre ces derniers et le personnel des établissements pour personnes handicapées adultes, ont eu lieu. Ainsi la DDASS et le CH de Navarre ont-ils organisé, en février 2006, une réunion avec les maisons de retraite du département afin d'évoquer les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées et des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Une équipe mobile intersectorielle de psychiatrie, RESPIRE (Réseau Exclusion Soins Psychiatrique Infirmiers Région Evreux), a été créée, dans le département de l'Eure, dès 2001. Elle s'inscrit dans le cadre du réseau régional « Santé mentale et précarité » dans la mesure où il s'agit d'une composante essentielle de la psychiatrie de liaison qui intervient hors des structures du secteur psychiatrique. L'antenne mobile du CH de Navarre intervient dans diverses structures d'accueil, d'hébergement et de réinsertion sociale de la ville d'Evreux. Elle vise l'amélioration de l'accès aux soins et le

développement de la prévention auprès des personnes en situation d'exclusion et de précarité qui se trouvent en souffrance sociale et psychique.

L'équipe mobile est composée de 0,75 ETP de cadre de santé, d'un ETP d'infirmier psychiatrique, de 0,50 ETP de psychologue et de 0,40 ETP de secrétariat. Elle souffre cependant de l'absence d'implication médicale.

Si des actions ont d'ores et déjà été mises en place, l'effort doit être poursuivi et approfondi afin de mieux articuler les secteurs sanitaire, social et médico-social en psychiatrie et en santé mentale, dans le département de l'Eure.

2.3 Propositions en faveur d'une meilleure articulation

2.3.1 Développer et diversifier les structures d'aval à l'hospitalisation en psychiatrie adulte.

L'ensemble des personnes interrogées considère le développement et la diversification des structures d'aval à l'hospitalisation comme indispensables pour faciliter la sortie des personnes hospitalisées de manière inadéquate qui nécessitent une prise en charge dans le secteur médico-social ou social. Selon la DRASS, il n'est cependant pas du ressort des établissements hospitaliers de créer ce type de structures, leur savoir-faire comme leurs équipes étant avant tout sanitaires. De telles structures n'ont pas pour objectif de proposer un projet de soins, mais de construire, avec la personne accueillie, un véritable projet de vie, à l'aide de personnes compétentes dans ce domaine.

Les appartements thérapeutiques et les hospitalisations à domicile (HAD) constituent également des solutions d'aval à l'hospitalisation complète en psychiatrie. Elles offrent la possibilité d'une transition entre l'hospitalisation temps plein et l'accueil dans des structures sociales ou médico-sociales, un retour à domicile n'étant pas envisageable, en première intention, pour tous les patients. Au même titre que les pensions de famille ou les maisons-relais, ces solutions doivent être développées.

Selon certains praticiens du CH de Navarre, il est nécessaire de créer une ou deux structures sociales et médico-sociales exclusivement dédiées aux personnes initialement hospitalisées à temps plein en psychiatrie. Le recours à des éducateurs spécialisés, à des AMP ou encore à des ergothérapeutes au sein des services du CH doit être renforcé.

2.3.2 Mieux informer et former les personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux

Une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social n'est possible que si les professionnels des différents secteurs sont informés des évolutions en cours dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. La DRASS est favorable au

renforcement des actions d'information déjà prévues dans le volet « santé mentale » du PRSP de juin 2005 : un document unique et/ou un site Internet, dédié à la santé mentale, pourraient être créés. Ce dispositif devra être complété par des échanges de pratiques en formation continue. Des formations complémentaires sur des problèmes spécifiques (troubles du psychisme, troubles du comportement, autisme etc.) pourraient être organisées dans les centres de formation d'éducateurs spécialisés. Les personnels des établissements sociaux et médico-sociaux doivent en effet être mieux formés à la spécificité de la prise en charge de personnes anciennement hospitalisées à temps plein en psychiatrie, ces résidents pouvant présenter des troubles comportementaux et caractériels. Des formations complémentaires destinées aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques pourraient être plus largement ouvertes aux personnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, sur le modèle des stages en psychiatrie que réalisent déjà des éducateurs spécialisés, dans le cadre de leur formation.

De façon symétrique, les personnels paramédicaux doivent être davantage sensibilisés au travail des professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux de façon à leur permettre de mieux préparer la sortie d'un patient hospitalisé à temps complet. Les équipes de psychiatrie doivent être en mesure d'accepter la sortie du patient, mais aussi de lui faire accepter celle-ci.

Face à la pénurie de personnel médical en psychiatrie dans le département et à son inégale répartition territoriale, l'introduction de la télépsychiatrie offrirait l'avantage de permettre des consultations de psychiatrie à distance pour des patients résidant dans des zones sans présence médicale. Elle favoriserait également les échanges de bonne pratique et l'aide et le conseil à certaines équipes, par voie de visioconférence.

L'ensemble de ces actions permettra ainsi de garantir, dans la durée, le succès de la prise de relais par les structures médico-sociales et sociales.

2.3.3 Réorganiser l'offre en psychiatrie

L'organisation du CH de Navarre en pôles, conformément à l'ordonnance du 2 mai 2005, pourrait, selon le président de la CME et le président du CA du CH de Navarre, être l'occasion de mettre en place un pôle intersectoriel destiné à prendre en charge les patients au long cours, dont ceux qui sont hospitalisés de façon inadéquate. La notion de « secteur », si elle est importante, doit être enrichie par la mutualisation de moyens et de compétences entre secteurs. Ce pôle présenterait l'intérêt de faire figure d'interlocuteur unique pour les structures médico-sociales et sociales du département dans lesquelles les patients hospitalisés dans ce pôle seraient susceptibles d'être accueillis. Il pourrait établir des liens de conventionnement au nom du CH de Navarre avec les établissements et services des secteurs social et médico-social. Un tissu cohérent de réseaux serait ainsi développé dans le département, facilitant ainsi la régularité du suivi psychiatrique des

personnes accueillies à temps plein dans ces structures hors du secteur psychiatrique. Le renforcement des liens entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, par ce biais, ouvrirait la possibilité de mettre en place des réunions d'écoute ou d'analyse de bonnes pratiques susceptibles d'aider le personnel des structures sociales et médico-sociales.

La reconstruction du CH de Navarre est prévue à échéance 2009, en vue d'un rapprochement avec le nouvel hôpital général d'Evreux qui devrait faciliter les synergies et améliorer la prise en charge des patients. La construction d'un nouveau bâtiment pourrait être l'occasion d'organiser des unités plus petites que celles existant à l'heure actuelle au CH (25 lits au lieu de 50). De telles structures de taille réduite permettraient de davantage personnaliser la prise en charge des patients présents au long cours.

L'offre de psychiatrie doit également être réorganisée, à l'extérieur de l'établissement, en développant des coopérations avec les secteurs social et médico-social. Selon la DRASS, des actions de réhabilitation psychosociale auprès des patients hospitalisés en psychiatrie et des conventions entre des établissements médico-sociaux et le CH de Navarre doivent être formalisées. Le travail en réseau entre ces différentes structures doit être renforcé.

Les structures de type MAS susceptibles d'être ouvertes dans les prochaines années à destination des seules personnes faisant l'objet d'un suivi en psychiatrie, pourraient par la suite diversifier leur public en accueillant tout type de population.

Conclusion

L'analyse de la situation des personnes hospitalisées de manière inadéquate en psychiatrie dans le département de l'Eure a révélé une articulation insuffisante entre le secteur sanitaire psychiatrique et les champs médico-social et social. Si la question est apparue assez peu identifiée par les acteurs de terrain, les pouvoirs publics se sont en revanche déjà emparé du problème.

Deux raisons principales rendent nécessaire une résolution de cette problématique. Il s'agit de :

- faciliter la sortie du grand nombre de personnes hospitalisées de manière inadéquate au CH de Navarre.
- mais aussi d'assurer un suivi psychiatrique régulier des anciens patients accueillis dans les secteurs médico-social et social, de façon à minimiser les risques de réhospitalisation.

Notre étude nous a permis de faire émerger plusieurs éléments de solution. Les actions à mettre en œuvre pour favoriser l'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social en psychiatrie pourraient ainsi s'articuler autour des axes suivants :

- le développement de partenariats et la formalisation, par conventions, de coopérations entre les acteurs et institutions sanitaires et sociaux ;
- la constitution d'un pôle d'expertise au sein du CH de Navarre, en charge de l'ensemble des personnes hospitalisées de manière inadéquate et en liens étroits et réguliers avec les structures sociales et médico-sociales du département : le CH ferait ainsi figure de centre ressources pour les professionnels intervenant auprès de ces patients, mais aussi de référent chargé d'animer une psychiatrie de liaison réactive, continue et crédible dans le département ;
- la promotion de formations communes permettant aux acteurs des différents secteurs de mieux se connaître et d'apprendre à travailler ensemble, afin qu'ils ne se replient pas sur leurs identités professionnelles propres.

Il apparaît désormais nécessaire que l'ensemble des acteurs s'approprient réellement la question et ne s'appuient plus uniquement sur les pouvoirs publics pour engager une dynamique de changement en la matière.

De telles actions ne permettraient pas seulement d'améliorer, au-delà du projet de soin, le projet de vie des personnes initialement hospitalisées de manière inadéquate en psychiatrie. Elles offriraient également une meilleure réponse aux besoins plus ponctuels

de soins psychiatriques de l'ensemble des personnes hébergées au sein des structures sociales et médico-sociales du département et d'atténuer ainsi le cloisonnement persistant entre les secteurs social, médico-social et sanitaire en psychiatrie et en santé mentale, sous plusieurs de ses aspects .

Bibliographie

OUVRAGES DE REFERENCE :

JAEGER M. (2006). *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2^e éd.

CLOUTIER F. (1994) *La notion de santé mentale*, Edition Eres

DOCUMENTS INSTITUTIONNELS

- Plan national *Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008* (20 avril 2005)

- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3^{ème} génération (SROS III Haute-Normandie), volet « Psychiatrie et Santé mentale » (30 mars 2006)

- Programme Régional de Santé Publique (PRSP), volet relatif à la santé mentale, DRASS Haute-Normandie, juin 2005

TEXTES JURIDIQUES DE REFERENCE

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991
- Ordonnance hospitalière n°96-346 du 24 avril 1996
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005
- Circulaire DHOS – DGAS – DSS - CNSA du 30 mars 2006
- Articles L 1411 et L 1411-12 du Code de la Santé Publique

RAPPORTS (par ordre chronologique) :

MASSE G. (1992). *La Psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*, Rapport au ministre de la Santé, Rennes, ENSP.

M.N.A.S.M. (2002). *Rapport sur la santé mentale dans le département de l'Eure*.

M.N.A.S.M. (2003). *Rapport d'activité*.

ARTICLES

M. JAEGER. « Santé mentale : des partenariats et des actions à promouvoir. Du soin à la réinsertion », *La santé de l'homme*, 2002/5, N°359, 41-42.

J. LEFF, N. TRIEMAN, M. KNAPP, A. HALLAM. « The TAPS project : a report on 13 years of research, 1985-1998 », *Psychiatric Bulletin*, 2000, N°24, 165-168

Dossier « Comment articuler le sanitaire et le médico-social », *Pluriels*, 1999/10, N°19.

M. JAEGER. «Les résistances respectives du secteur sanitaire et du secteur médico-social. », 26èmes journées TNH «Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie. Pourquoi et comment ? », *Technologie et santé*, 1999/9, N°38, 51-56.

Dossier « Infirmiers et santé mentale », *Pluriels*, 2001/9, N°27.

SITES INTERNET

Site du ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr

Site de la MNASM (revue *Pluriels*) : www.mnasm.com

Site de l'ARH (documents tels que PRSP, SROS) : www.arh-haute-normandie.sante.fr

Textes juridiques : www.legifrance.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe I : Méthodologie.

Annexe II : La psychiatrie générale dans le département de l'Eure.

Annexe III : Carte des établissements sociaux et médico-sociaux pour adultes et des secteurs de psychiatrie générale, dans le département de l'Eure.

Annexe IV : Guide d'entretien.

Annexe V : Extraits du Programme Régional de Santé Publique – volet Santé mentale – de Haute-Normandie (juin 2005).

Annexe I : Méthodologie.

Le module interprofessionnel (MIP) s'est déroulé du mardi 9 mai 2006 au 19 mai 2006. Le groupe de travail comportait dix élèves de filières différentes selon la répartition suivante : trois D3S, trois EDH, deux DS et une IASS. Le déroulement du module s'est articulé autour de plusieurs phases qui ont permis de structurer le travail du groupe.

Rencontre entre les participants au groupe de travail

Il nous a en tout premier lieu semblé nécessaire que les membres du groupe fassent connaissance entre eux. Le premier contact a donc consisté en un tour de table au cours duquel chacun s'est présenté, a exposé son parcours et a fait part de ce qui l'avait poussé à choisir ce thème. Dès ce premier stade, il a été possible de se représenter les divers apports que permet un exercice comme le MIP en termes d'échanges sous l'angle de l'interfiliarité. Cette première étape a permis de déterminer les compétences spécifiques à chacun susceptibles d'être mobilisées dans le cadre de ce travail collectif, ainsi que de faire émerger des approches diverses de la problématique.

Echanges du groupe avec l'animateur

La première matinée de travail a aussi été l'occasion de commencer les échanges avec l'animateur. Le groupe a été animé par le Dr Kannas, psychiatre, ancien chef de service et travaillant auprès de la MNASM. L'animateur a précisé au groupe ses attentes relatives à l'étude proposée et a replacé le sujet dans un contexte plus général, en nous faisant part notamment de son expérience à la MNASM. Il a alors été demandé au groupe de circonscrire le champ de l'étude au seul département de l'Eure et d'envisager la question de l'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale sous le seul angle de la psychiatrie. Le cas des personnes prises en charge dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux, présentant des troubles de nature psychiatrique, n'a donc pas été considéré dans le cadre du présent travail. L'étude de l'impact de la problématique sur les services hospitaliers de psychiatrie dans l'agglomération rennaise a également été écartée par notre animateur.

Identification de la problématique de santé publique proposée

La deuxième étape du module s'est déroulée sur la première semaine. Il s'est alors agi d'envisager les différents aspects de la question et de se l'approprier, en définissant une problématique cohérente. Pour ce faire, le groupe s'est scindé en trois sous-groupes :

- Groupe « documentation » : recherches documentaires, élaboration de brèves synthèses, identification des documents ressources
- Groupe « préparation des entretiens » : prise de RDV, préparation du guide d'entretien...
- Groupe « problématique et plan » : formalisation de la problématique, définition des enjeux, élaboration d'un projet de plan, ...

Cette étape a permis de mutualiser les connaissances et les compétences de chacun, à l'occasion des réflexions et débats sur le thème. Le groupe est parvenu à adopter une démarche participative, impliquant tous ses membres, et permettant de progresser à chaque étape par consensus.

Réalisation et restitution des entretiens

Lors d'une troisième étape, des entretiens ont été réalisés, à partir des contacts proposés par l'animateur. Celui-ci nous avait recommandé, en amont du MIP, à six personnes ressources. Ces acteurs opérationnels, institutionnels et politiques du département de l'Eure et de la région Haute-Normandie nous ont fait part de leurs points de vue et analyses, liés à leur positionnement institutionnel, à leur vécu professionnel et à leur sensibilité à la problématique étudiée.

Les entretiens ont eu lieu sur le lieu d'exercice professionnel des personnes concernées. La méthode retenue a été celle d'un entretien semi-directif, basé sur un guide élaboré au préalable (cf. Annexe IV), mais suffisamment ouvert et souple pour favoriser un échange le plus riche possible. Les rencontres ont duré entre 1 et 2 heures. La réalisation des entretiens a été répartie entre les différents membres du groupe. Des sous-groupes de deux à cinq personnes ont été constitués à cette fin.

Chaque entretien a ensuite fait l'objet d'une restitution auprès de l'ensemble de l'équipe, puis d'une discussion afin de confronter les informations recueillies et de les analyser. Cette phase a notamment été l'occasion de resituer les informations selon le positionnement de ceux dont elles émanaient : cela a permis de nous interroger sur la perception que les différents acteurs concernés ont du problème et sur leurs relations réciproques.

Le tableau ci-après reprend la liste des professionnels rencontrés :

Catégories	Noms et fonctions	Lieux
Acteur institutionnel	Mme Chastang . Médecin inspecteur de santé publique	DDASS de l'Eure, Evreux
Acteur institutionnel	Mme Viard Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale	DRASS de Haute-Normandie, Rouen
Acteur opérationnel	M. Inabnit Directeur d'hôpital	CH de Navarre, Evreux
Acteur opérationnel	Mme Barbier Directrice des soins	CH de Navarre, Evreux
Acteur opérationnel	M. Abekhezer Psychiatre chef de service, Président de CME	CH de Navarre, Evreux
Acteur politique	M. Silighini Vice-Président de Conseil Gal Président du CA du CH de Navarre	Conseil Général de l'Eure, Evreux

Nous n'avons malheureusement pas réussi à obtenir de rendez-vous avec l'UNAFAM et l'UDAF, associations représentant des usagers dans le domaine de la Santé Mentale, malgré de multiples tentatives.

Synthèse écrite

Après s'être mis d'accord sur un plan détaillé, des sous-groupes ont été chargés de la rédaction des différentes parties du document final en s'assurant, via plusieurs relectures et des binômes de composition variable, de sa fidélité à la réflexion du groupe et de sa cohérence.

Logistique

Conformément à la demande de la coordination du MIP, un référent a été désigné par le groupe afin de coordonner les besoins logistiques (transports, cartes de photocopies...). Il a également fait fonction d'interlocuteur central avec l'animateur. La constitution d'une liste des adresses e-mails a permis d'échanger rapidement et facilement les informations et mises à jour.

Annexe II : La psychiatrie générale dans le département de l'Eure.

→ Lits et places par type de structures, par secteur.

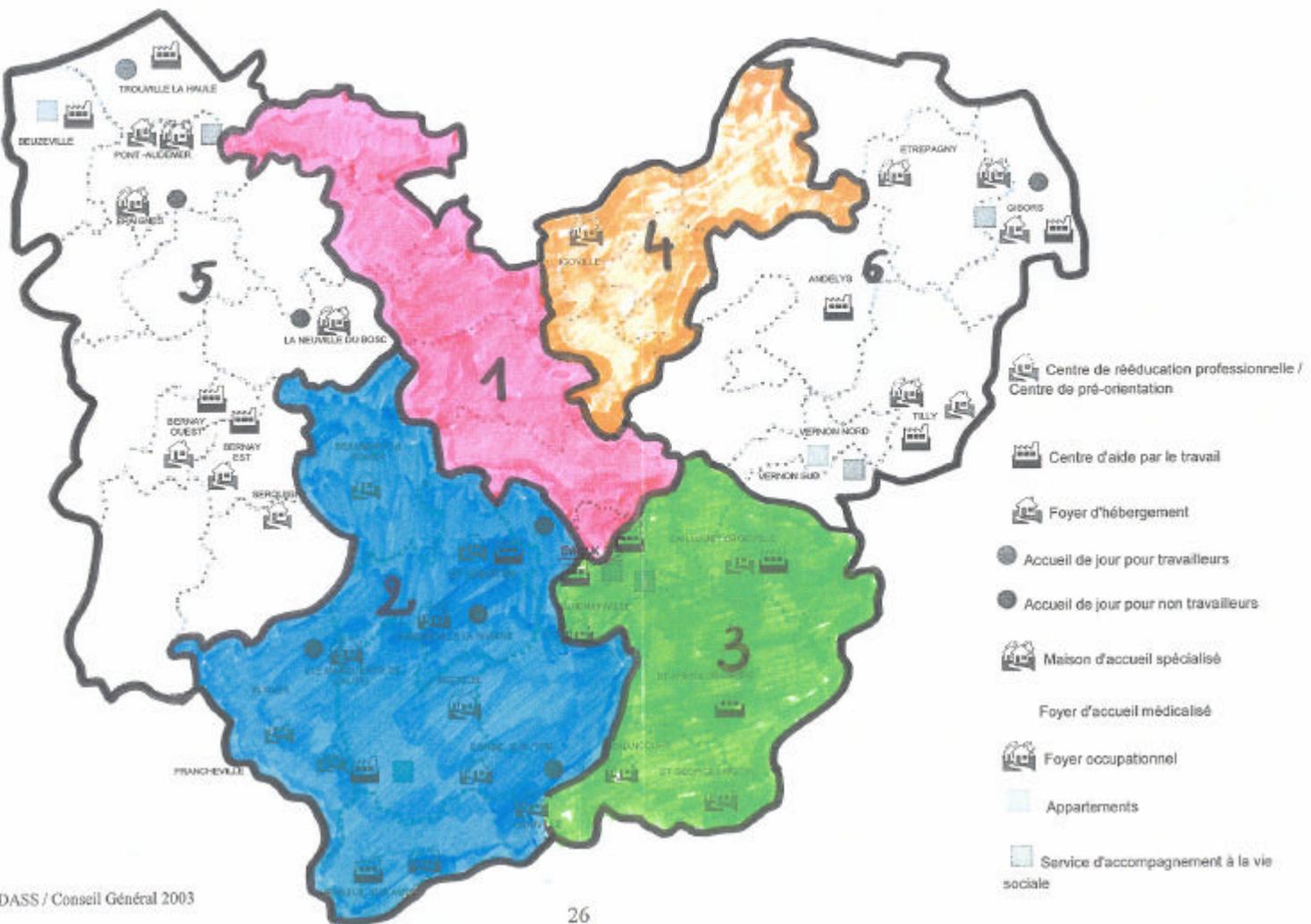
	Nombre d'habitants	Lits d'hospitalisation	Places en hôpital de jour	CATTP	CMP	Autres structures extra-hospitalières
Secteur 1	144 335	53 (h. complète) 32 (long cours)	15 (Evreux)	3 (38 places)	3	2 appartements de transition (7 pl.) 1 CSST Réseau <i>Respire</i>
Secteur 2	104 788	53	Hôpital de jour du CH	2 (26 places)	3	/
Secteur 3	74 187	53 (hospitalisation) 32 (long cours)	/	1	2	2 appartements de transition (6 pl.) 1 centre de thérapie familiale contre la violence
Secteur 4	81 370	50	14	1 (12 places)	1	/
Secteur 5	94 600	/	8	2	2 (22 places)	1 appartement thérapeutique (3 pl.)
Secteur 6	135 000	53 autorisés	15	15	3	2 appartements de transition de 6 places
Unité Intersect. d'Accueil (U.I.A.)	Ensemble du département	14 (h. complète)	/	/	/	/

→ Personnel soignant, par secteur.

	Nombre d'habitants	I.D.E.	A.S.	A.S.H.	Psychologue	Psychomotricien	Educateur	Assistante sociale
Secteur 1	144 335	55.3	38.4	20.8	7	0.5	0	2
Secteur 2	104 788	42.3	19	13.8	3	0	0	1
Secteur 3	74 187	47.5	36.5	23.3	7.5	0.5	1	1
Secteur 4	81 370	46.6	23	12.3	2.5	N.C.	N.C.	1
Secteur 5	94 600	24.2						
Secteur 6	135 000	13	N.C.	N.C.	6	N.C.	N.C.	N.C.
Unité Intersectorielle d'accueil (U.I.A.)	Ensemble du département	12.9	5.8	6	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.

Annexe III : Carte des établissements sociaux et médico-sociaux pour adultes et des secteurs de psychiatrie générale, dans le département de l'Eure.

ETAT DE L'EXISTANT DES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX POUR ADULTES



Source : DDASS / Conseil Général 2003

Annexe IV : Guide d'entretien.

→ Questions relatives aux hospitalisations inadéquates : état des lieux dans l'Eure, difficultés rencontrées.

- Le CH de Navarre est-il actuellement en mesure de répondre aux besoins en psychiatrie et en santé mentale de la population du département de l'Eure ?
- Avez-vous connaissance, dans le département de l'Eure, d'un phénomène d'hospitalisations inadéquates en psychiatrie ? Cette question fait-elle l'objet d'un diagnostic partagé entre les différents acteurs du département (ARH, Conseil général, direction du CH, ...) ?
- A partir de quels critères pensez-vous qu'il est possible de parler d'inadéquation d'une hospitalisation en psychiatrie ?
- L'émergence de la notion de «santé mentale » a-t-elle une incidence sur les hospitalisations en psychiatrie ?
- Quels obstacles vous semblent freiner le décloisonnement entre les champs sanitaire, médico-social et social, en psychiatrie ?
- La résolution de ce problème vous semble-t-elle constituer un objectif des politiques sanitaires et sociales du département de l'Eure ?
- L'existence d'inadéquations a-t-elle une incidence sur la qualité de la prise en charge des usagers ? Leur existence pose-t-elle problème à l'organisation de la psychiatrie active ?
- Ces personnes ne devraient pas ou plus être hospitalisées à temps plein en psychiatrie. Quels éléments vous semblent justifier le maintien de ces personnes à l'hôpital psychiatrique? Quelles difficultés cette prise en charge inadéquate pose-t-elle, au CH de Navarre ?
- Quelle estimation faites-vous du nombre de personnes actuellement hospitalisées qui relèveraient en réalité de structures sociales ou médico-sociales ?

- En quoi consiste le travail soignant auprès des personnes hospitalisées de manière inadéquate en psychiatrie ? Nécessitent-elles l'expertise infirmière ? Leur présence dans les unités a-t-elle des conséquences sur l'organisation des soins ?
- Les compétences et la qualification des professionnels soignants des secteurs de psychiatrie vous semblent-elles appropriées ? Des identités professionnelles nouvelles (AMP, éducateurs spécialisés) ont-elles été introduites au CH ?
- Quelle influence aurait un transfert des patients hospitalisés de manière inadéquate au CH de Navarre sur l'organisation de l'établissement (redéploiement vers les structures extra-hospitalières, fermeture d'unités de soins...) ?
- Les personnes hospitalisées à temps plein de manière inadéquate en psychiatrie pourraient-elles bénéficier d'un accueil au sein de structures médico-sociales ou sociales ou retourner en logement autonome ? A quelles conditions et dans quelles limites ?
- Les professionnels intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux disposent-ils des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes auparavant hospitalisées en psychiatrie ? Quels ajustements seraient souhaitables de façon à améliorer leur prise en charge ?
- Quel est l'impact financier représentent les hospitalisations inadéquates en psychiatrie, dans le département de l'Eure ? A quel coût s'élèverait le transfert de patients hospitalisés de façon inadéquate vers des structures médico-sociales ou sociales ?
- Les différentes sources de financement des secteurs sanitaire, social et médico-social (Assurance maladie, conseil général, Etat...) constituent-elles un frein à la création de telles structures ?
- Quels problèmes pathologiques et/ou comportementaux pourraient s'avérer incompatibles avec un accueil au sein de structures sociales ou médico-sociales ?

→ Questions relatives aux alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie :

- Certains établissements sociaux et médico-sociaux peuvent-ils répondre aux besoins de ces personnes, dans le département de l'Eure ? De quel type de

structures s'agit-il (FAM, MAS, SAMSAH, SAVS, foyer de vie, maisons relais) ?
Quelle est leur capacité d'accueil ? Est-ce suffisant ?

- Certaines structures médico-sociales ou sociales ont-elles été créées par le CH ?
- Le CH travaille-t-il déjà avec des établissements médico-sociaux ou sociaux afin d'assurer le suivi sanitaire des personnes accueillies et leur réhospitalisation éventuelle ? Ces coopérations sont-elles formalisées ? Sous quelle forme ? Engagent-elles le corps médical du CH ?
- Dans le cas où il n'existe pas de telles coopérations, des projets portés par le Conseil général de l'Eure ou par des associations visent-ils la création de structures sociales ou médico-sociales ?

→ Questions relatives à l'impact des dispositifs législatifs récents :

- La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 a-t-elle déjà une incidence sur l'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social en psychiatrie ?
- Dans votre département, les moyens alloués dans le cadre du Plan national de Santé mentale ont-ils été pour partie destinés à résoudre la problématique des personnes hospitalisées de manière inadéquate en psychiatrie ? Quelles actions sont envisagées dans le département de l'Eure ? Des groupes de travail ont-ils été mis en place à ce sujet ?
- Quel pourrait être l'impact des récents dispositifs législatifs et réglementaires (loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, loi du 11 février 2005, ...) ?
- Quelles sont, selon vous, les pistes de résolution des difficultés d'inadéquation en psychiatrie adulte ?

Annexe V : Extraits du Programme Régional de Santé Publique de Haute-Normandie – volet Santé mentale (juin 2005).

Contexte régional

En 1996, la Conférence Régionale de Santé a souligné les problèmes existant dans la région dans le domaine de la santé mentale et fin 2002, la santé mentale a été retenue comme nouvelle priorité régionale.

Dans le domaine de la santé psychique, la Haute-Normandie présente les caractéristiques suivantes :

- une surmortalité par troubles mentaux (y compris liés à l'alcool) tant chez les hommes que chez les femmes : 32 pour 100 000 habitants sur la région et 23,6 pour la France.
- le 8^{ème} rang pour le taux de mortalité par suicide avec 400 décès par an (dont 49 parmi les 15-34 ans). Un quart des décès des hommes de 25-34 ans est dû au suicide.
- une enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale une semaine donnée en mars 1998 a mis en évidence les principaux diagnostics chez les hauts-normands (tous âges confondus) :
 - dépression : 16%
 - schizophrénie : 18%
 - troubles de la personnalité : 10%
 - troubles schyzo-affectifs et autres troubles délirants : 9%
 - troubles anxieux : 8%
- Une offre de soins psychiatrique moins importante que la moyenne française :
 - des taux d'équipement en lits et place très inférieurs aux moyennes nationales tant en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie.

Pour la psychiatrie générale, le taux d'équipement régional est de 0,71 contre 1,02 en France pour le nombre de lits et de 1,11 contre 1,49 en France pour les lits et places.

En pédopsychiatrie, le taux est de 0,06 /100 000 en lits pour la Haute Normandie contre 0,19 en France et de 1,22 contre 0,97 en France pour les lits et places. Cette situation est à nuancer compte tenu de l'existence de plusieurs structures médicosociales (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques). Source annexe au PLFSS 2004

- au 1/8/2004, une carte sanitaire déficitaire.
- un contexte haut-normand marqué par :
- Des densités en personnels médicaux et infirmiers inférieurs aux moyennes nationales : 6,54/100 000 hab. sur la région pour les médecins contre 9,1 en France et pour le personnel non médical, 90,01 pour la région contre 118,82 pour la France (chiffres tirés d'une enquête d'octobre 2003)

- En terme de personnel, la région est caractérisée par des densités inférieures à celles de la France. Les densités médicales pour 100 000 habitants sont très contrastées entre les deux départements : 7,17 / 100 000 hab. en Seine-Maritime contre 4,82 / 100000 hab. dans l'Eure.
- Cette situation s'inverse si l'on examine la densité médicale au regard de la file active ; 0,32 en Seine-Maritime contre 0,36 dans l'Eure.
- Des difficultés pour le recrutement, le renouvellement des personnels médicaux et le maintien des personnels dans la région.

[...]

Dans ce contexte, la psychiatrie rencontre des difficultés croissantes pour répondre à la diversité et à l'augmentation des demandes qui lui sont adressées.

- Des handicaps liés aux troubles psychiques ayant des conséquences importantes sur la vie quotidienne et l'insertion sociale et professionnelle des personnes qui en sont atteintes (enquête HID).
- Une inadéquation entre la prise en charge des personnes et leurs besoins réels. Des enquêtes ponctuelles déclaratives des principaux centres hospitaliers de la région (Rouen, le Havre et Evreux) démontrent que des personnes restent hospitalisées en psychiatrie alors qu'elles relèveraient d'autres types de prise charge (secteur médicosocial, appartements thérapeutiques, maisons de retraite...).

Une enquête nationale fait état de 26% d'hospitalisations inadéquates faute de relais social ou médico-social, il semble que cette proportion soit plus importante en Haute-Normandie (autour de 40% d'hospitalisations inadéquates). Une étude menée par le service médical de l'Assurance maladie est en cours sur ce sujet.

A l'inverse l'enquête ES sur les établissements médico-sociaux, nationale (2001) fait apparaître sur la région 184 enfants et 108 adultes souffrant de handicap en rapport avec des troubles psychiatriques graves et pour lesquels la prise charge en matière de soins est insuffisante et difficilement compatible avec une vie en collectivité. Ces inadéquations posent la question du lien entre les secteurs sanitaires et médicosociaux pour une réponse adaptée en fonction des besoins de cette population et une meilleure prise en compte du handicap psychique.

[...]

Cadre national

La loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit que chaque région élabore un Plan Régional de Santé Publique afin notamment de définir les objectifs et les priorités régionales.

Il se compose de programmes permettant :

- d'atteindre les objectifs régionaux de santé ; en Haute-Normandie, la santé mentale est une priorité.
- de mettre en oeuvre le volet régional des programmes nationaux de santé publique. Le programme régional doit prendre en compte les préconisations du plan national de santé mentale.

Les connaissances épidémiologiques sont très insuffisantes en France par rapport aux autres pays européens néanmoins elles permettent d'affirmer que les indicateurs en France sont très défavorables : la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9ème rang sur 11), le taux de détresse psychologique est élevé (3ème rang sur 11) et la fréquence des troubles dépressifs et anxieux met le pays au dernier rang des pays comparés avec des populations à risques plus élevés (les jeunes , les personnes âgées, les personnes sans emploi).

On relève également une prescription et une consommation de psychotropes particulièrement élevées tant pour les anxiolytiques que pour les antidépresseurs. Enfin, on constate une forte hétérogénéité régionale et une situation démographique paradoxale et préoccupante.

Le plan national psychiatrie et santé mentale est paru récemment. Ses priorités se recoupent avec celles qui ont été définies au plan régional en ce qui concerne le programme de santé publique et notamment sur l'information ,la formation ,le dépistage précoce, le travail en réseau, l'aide aux familles.

La santé mentale est également un thème transversal présent dans les programmes nationaux. Ainsi, il s'inscrit dans les thématiques cancer, violence, PRAPS, périnatalité, prévention du suicide, conduites addictives...

Méthodologie d'élaboration du plan

Une structure de pilotage unique a reçu pour mission commune de la part de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi que de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de coordonner et de rendre cohérents les travaux, réflexions et propositions de groupes de travail dont le cahier des charge pour chaque thématique retenue était de répondre aux questions posées :

- sous l'angle du Programme Régional de Santé Mentale
- sous l'angle du Schéma Régional de l'Organisation des Soins en psychiatrie,

- voire de certains thèmes des schémas départementaux du handicap.

Ainsi répond-on au mieux aux préconisations de la loi de santé publique qui demande de veiller à l'articulation et à la cohérence entre plans et schémas. Ce travail doit également s'articuler avec le PRAPS, les autres plans régionaux et les autres domaines du SROS.

Ce groupe de pilotage comprend des représentants :

- de l'administration (ARH, DRASS, DDASS, URCAM)
- des collectivités locales : Conseil Régional, Conseils Généraux
- des usagers (FNA-PSY, UNAFAM)
- des établissements de santé publiques et privés
- des professionnels de santé libéraux et hospitaliers
- de l'Université
- de l'Education Nationale
- de la Justice

Il a ainsi :

- défini la démarche de programmation (objectifs, moyens, organisation, calendrier...)
- défini les objectifs prioritaires et les groupes de travail à mettre en place,
- exercé une mission générale de concertation,
- validé les propositions des groupes de travail,
- et évaluera les actions mises en oeuvre dans le cadre du PRSP.

Des groupes de travail ont proposé les objectifs prioritaires et les actions à mener dans les domaines concernant :

- santé mentale et périnatalité
- promotion de la santé et dépistage précoce
- organisation des soins
- réponses aux urgences psychiatriques
- prise en charge des adolescents
- santé mentale des personnes détenues
- santé mentale, handicap et réinsertion
- formation et démographie médicale
- évaluation, formation et communication
- santé mentale et toxicomanie

Ce dernier thème s'articulera avec le programme régional « violence et santé » et les plans territoriaux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool dans le cadre du plan quinquennal de la MILDT.

[...]

Le thème santé mentale chez les personnes âgées sera intégré dans le volet thématique « personnes âgées » du SROS et dans le PRS « maladies chroniques » notamment pour les points suivants :

- faciliter le diagnostic précoce
- mettre en place une politique d'accompagnement renforcée pour les malades et leurs familles à un stade précoce
- développer la formation des professionnels et aider les bénévoles.

Les constats et problématiques soulevés par les groupes de travail

Si les groupes de travail étaient communs au SROS et au PRS, ce document ne rend compte que des constats qui relèvent du programme « santé mentale ».

Il a été constaté :

- Une méconnaissance réciproque des missions, contraintes, limites et fonctionnement des acteurs des secteurs sanitaires psychiatriques, médico-sociaux, voire sociaux, ce qui a une incidence sur l'opportunité des orientations, la réussite des projets individuels, les possibilités de réinsertion. Dans ce contexte, la fluidité du parcours d'un individu entre les différents partenaires ne peut être correctement assuré, tout comme la continuité du suivi par l'une ou l'autre structure.
- Un manque de lisibilité des dispositifs psychiatriques par les services d'urgence.
- Des liens insuffisants et non formalisés entre les acteurs de terrain auxquels il faut associer les autres administrations (Education Nationale, justice) et la médecine de ville. Le partenariat est difficile. Il est actuellement très ponctuel en fonction de la disponibilité ou de la volonté d'éléments moteurs pour le mettre en place.
- Des familles en grande difficulté par rapport aux troubles psychiques de leur enfant tant en ce qui concerne la prévention, le repérage (méconnaissance des signes d'alerte) que la prise en charge (méconnaissance des structures et des réseaux). Ces familles ont besoin pour elles même d'un soutien psychologique qui n'est pas souvent proposé.
- Par sa capacité particulière à modifier le relationnel aux autres, la personnalité de celui qui en est atteint, la maladie mentale entraîne une stigmatisation de l'individu et de sa maladie par manque d'information du public.
- Une insuffisance d'information à tous niveaux entraîne un retard dans le repérage des troubles qu'il s'agisse des professionnels de la petite enfance à l'adolescence mais ce déficit d'information concerne aussi les troubles spécifiques des adultes ou des personnes âgées.
- Une insuffisance de formation sur les troubles psychiques dans les cursus de formation initiale et continue des professionnels (médecins, personnels

paramédicaux, éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux...) qui entraîne une difficulté à évaluer la nature et la profondeur du mal-être, à reconnaître une pathologie psychiatrique.

- Une prise en compte insuffisante des dispositifs de prévention notamment dans les domaines sociaux et/ou éducatifs.

[...]

- En ce qui concerne le rôle de la psychiatrie dans la prise en charge des toxicomanes, les constats et difficultés rencontrés portent sur les co-morbidités psychiatriques et addictives, sur l'accueil inadapté, l'orientation post-hospitalisation inadéquate faute de connaissance suffisante des partenaires, l'insuffisance du nombre de professionnels impliqués dans cette prise en charge, l'information des familles et les liens à développer avec les autres dispositifs.

[...]

Les objectifs généraux et opérationnels prioritaires

Objectif 1 : Améliorer l'information.

[...]

Objectif 2 : Améliorer la formation des professionnels.

- Médecins généralistes et/ou spécialistes.
- Mettre en place des formations continues et/ou trouver d'autres moyens de formation ou d'aide au dépistage (lettre mensuelle aux médecins, établissement d'une grille, ...).
- Poursuivre les formations de formateurs à la crise suicidaire, l'objectif étant d'avoir au moins un binôme de formateurs par territoire de santé de recours.

[...]

- Personnels éducatifs.
- Intégrer des formations complémentaires sur des problèmes spécifiques (troubles du psychisme, troubles du comportement, autisme..) dans les programmes des centres de formation d'éducateurs.

En lien avec les recommandations du SROS 3 :

- Ouvrir les formations complémentaires destinées aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques aux personnels des secteurs sociaux et médico-sociaux.

[...]

- Travailleurs sociaux.

- Mettre en place une formation pour leur permettre de repérer, d'aider à la formulation d'une demande en matière de souffrance psychique et d'orienter vers le partenaire adéquat.
- Tous sujets en contact professionnel avec un public susceptible de présenter des troubles psychiques.
- Sur la région Haute-Normandie, organiser une rencontre annuelle de formation, d'information par des experts et des professionnels de terrain, ouverte au plus grand nombre et ayant pour thème l'articulation entre la psychiatrie et la vie sociale (groupe PRAPS).
- Une formation assortie de tables rondes, d'échanges autour des pratiques, à l'échelon du territoire, entre tous les partenaires au sens large, tous ceux qui peuvent être au contact de jeunes de 16 à 30 ans précarisés. Les groupes locaux, mis en place dans le cadre du PRAPS 2, pourraient être les instigateurs, les organisateurs de ces formations (par exemple ½ journée de formation théorique et ½ journée d'échanges de pratiques, de tables rondes, à un rythme à définir, et avec des formateurs à définir en favorisant le recours aux ressources locales lorsqu'elles existent, en valorisant les compétences du territoire.
- Améliorer le dépistage de la crise suicidaire (cf formation des médecins) par une déclinaison régionale des formations à l'attention d'un public de professionnels en contact avec des personnes susceptibles de présenter de troubles psychiques (voir objectif 3).

[...]

Objectif 3 : développer les dispositifs de prévention.

[...]

Objectif 4 : apporter une aide aux familles en difficulté du fait du handicap psychique d'un enfant ou d'un proche (y compris les autistes).

- Soutenir les associations intervenant dans ce domaine.
- Mettre en place des groupes de paroles animés par des personnes compétentes et initiés par des associations, des hôpitaux psychiatriques (en lien avec le SROS) ou des établissements médico-sociaux (en lien avec les schémas départementaux).

Objectif 5 : développer les réseaux et le partenariat.

- Soutenir les réseaux existants après évaluation.
- Développer les réseaux et les faire connaître. Le manque de liaison et de coordination est un problème récurrent. Il convient de se poser la question de l'opportunité d'un coordonnateur, garant de l'existence du lien entre les

professionnels des différents secteurs, qui perdurerait au delà de la participation des uns ou des autres et officialisant le travail conjoint du secteur public et du secteur associatif.

- Créer du lien entre les secteurs sanitaires de psychiatrie et les secteurs médicosociaux (rencontres, échanges, conventionnement) ou sociaux (CHRS) et formaliser les coopérations.
- Faciliter l'accès des personnels de l'Education Nationale au travail en réseau.
- Développer les liens avec la médecine libérale de ville.
- Améliorer la coordination des acteurs et le partenariat autour des jeunes, des publics en difficultés et des détenus (santé, justice, Administration Pénitentiaire, Education Nationale, ASE, missions locales, CHRS..).
- Promouvoir les actions de formation continue communes.
- Favoriser les appels d'offres communs ARH, Assurance Maladie, collectivités locales sur des actions de prévention et de promotion de la santé.

[...]

Objectif 6 : Favoriser l'évolution des métiers

- Poursuivre la réflexion sur la place des psychologues,
- Accompagner le développement des entretiens infirmiers par une formation adaptée,
- Renforcer le rôle des infirmiers et psychologues lors des premiers entretiens.

[...]

Calendrier

La mise en œuvre de ces objectifs et des plans d'action qui en découlent est prévue sur la période 2005-2008.

Partenariat

La partenariat est très large, pluridisciplinaire et pluri-institutionnel : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Conseils Généraux, établissements de santé publics et privés de psychiatrie, établissements publics ou privés médico-sociaux, établissements sociaux, Education Nationale, Justice, Protection Judiciaire de la Jeunesse, médecine libérale, secteur associatif, familles, usagers, réseaux locaux de santé.

Outre ce large partenariat, il conviendra de veiller à une bonne articulation entre le SROS, le PRSP et les Schémas Départementaux pour la mise en oeuvre des objectifs communs.