

**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Elève Directeur d'hôpital**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2007**

---

**Les « inadéquations » d'hospitalisation au  
long cours en psychiatrie : stratégie  
d'établissement et actions institutionnelles  
autour de l'exemple de l'EPSM Montperrin.**

---

**Bastien DUHAMEL**

---

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier Jean-Pierre VIDAL, directeur adjoint chargé du pôle patients, des affaires générales et de la qualité au CH Montperrin, qui fut mon maître de stage durant ma formation de directeur d'hôpital. Les missions qu'il a accepté de me confier à cette occasion notamment concernant les projets de développement médico-social m'ont permis d'appréhender la problématique de ce mémoire sous un angle professionnel marqué par de véritables expériences de terrain.

Je remercie également Jacques FRANCOIS, directeur du CH Montperrin et membre de la MNASM pour son analyse du problème et les contacts qu'il a pu me fournir pour réaliser ce mémoire.

Enfin, j'adresse ma reconnaissance à tous les acteurs de terrain qui ont pu m'éclairer dans la recherche de solutions au problème des « inadéquations » d'hospitalisation en psychiatrie et à toutes les personnes rencontrées dans le cadre d'entretiens préparatoires à ce travail et de visites d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment :

- Mme le Dr Mireille CREISSON, ancien médecin inspecteur à la DRASS de la région PACA (dorénavant affectée à la DDASS du Vaucluse),
- M. CANTAT, cadre expert à la CRAM de PACA,
- Mme PAGET, inspectrice des affaires sanitaires et sociales à la DRASS PACA,
- Mme LAVITE, inspectrice des affaires sanitaires et sociales à la DDASS des Bouches-du-Rhône,
- Gérard MOSNIER, Directeur de l'EPSM Montfavet et secrétaire général de l'ADESM.
- Mme Evelyne MOULINS, Directeur de l'EPSM de Ravenel (88)

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les Etablissements publics de santé mentale face à la question des « inadéquations » d'hospitalisation .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La notion « d'inadéquation » d'hospitalisation : identification du problème et enjeux des politiques publiques sanitaires, sociales et médico-sociales .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Cadre général et évolution de l'hospitalisation publique psychiatrique : de la psychiatrie à la santé mentale .....	5
1.1.2 La question des « inadéquations » d'hospitalisation en psychiatrie au cœur des enjeux sanitaires et sociaux actuels .....	7
1.1.3 Identification du problème des hospitalisations « inadéquates » en région PACA et sur le territoire de santé Bouches du Rhône Nord .....	9
<b>1.2 Une articulation entre psychiatrie et secteurs médico-social et social encouragée par des dispositifs juridiques récents.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Les textes législatifs et réglementaires .....	11
1.2.2 Les éléments de planification et de programmation .....	15
<b>1.3 Enjeux en termes d'amélioration de la qualité : vers une réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie .....</b>	<b>19</b>
1.3.1 Une politique qualité moteur de changements institutionnels .....	19
1.3.2 La réorganisation de l'offre de soins hospitalière à l'heure de la territorialisation des politiques de santé.....	21
<b>2 Stratégies d'établissement et enjeux institutionnels. L'inscription du Centre Hospitalier Montperrin dans une démarche d'ouverture au champ médico-social sur son territoire de santé .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Etat de la question des « inadéquations » d'hospitalisation au sein du CH Montperrin. Un contexte favorable à une dynamique d'ouverture à de nouvelles prises en charge.....</b>	<b>24</b>
2.1.1 Contexte et environnement du CH Montperrin. Les réalisations et projets en cours et leur inscription dans une démarche globale de mise en réseaux et de partenariats .....	24

2.1.2	La réduction des inadéquations d'hospitalisation : enjeux organisationnels en terme de stratégie d'établissement .....	26
2.1.3	Les enjeux financiers et la difficile coordination de la planification sanitaire et médico-sociale. De nouveaux partenaires pour l'hôpital. ....	29
<b>2.2</b>	<b>Des solutions d'amont à l'hospitalisation complète au long cours : le développement de la psychiatrie de liaison et les actions de coopération durable avec les institutions médico-sociales.....</b>	<b>31</b>
2.2.1	Des réponses diversifiées de l'offre de soins nécessaires aux besoins nouveaux : vers une filière de soins psychiatriques .....	31
2.2.2	Les actions de collaboration et de coopération avec les partenaires institutionnels et associatifs. ....	33
<b>2.3</b>	<b>Des solutions d'aval à l'hospitalisation : l'exemple de la création de deux structures médico-sociales : genèse du projet et mise en œuvre institutionnelle .....</b>	<b>35</b>
2.3.1	Les réponses sanitaires et l'opportunité pour les établissements hospitaliers de créer des structures sociales et médico-sociales .....	35
2.3.2	Le Foyer d'Accueil Médicalisé pour adultes handicapés psychiques.....	37
2.3.3	La Résidence d'Accueil pour personnes souffrant de maladies psychiques et rencontrant des difficultés d'insertion sociale et professionnelle .....	39
<b>3</b>	<b>Propositions de réponses aux enjeux de la réduction des «inadéquations» d'hospitalisation: les EPSM au cœur de la redéfinition de l'offre sanitaire et médico-sociale pour les patients accueillis au long cours en psychiatrie. ....</b>	<b>40</b>
<b>3.1</b>	<b>Le projet d'établissement comme élément central de la dynamique d'ouverture de l'établissement au champ médico-social .....</b>	<b>40</b>
3.1.1	L'élaboration d'un diagnostic partagé et la mobilisation des acteurs pour une évaluation pertinente des besoins en interne et en externe .....	40
3.1.2	L'inscription du projet d'établissement dans son environnement : vers une meilleure prise en charge des patients.....	42
3.1.3	Vers la création de pôles d'activités médico-sociales au sein des Etablissements publics de Santé Mentale.....	43
<b>3.2</b>	<b>Du redéploiement à la création d'activités nouvelles : vers une meilleure gestion des capacités d'hospitalisation.....</b>	<b>45</b>
3.2.1	L'ouverture au médico-social comme levier de changement des pratiques et des organisations .....	45
3.2.2	Le redéploiement de moyens au service d'une meilleure offre de soins.....	47

3.2.3 La question des « inadéquations » d'hospitalisation à l'heure du développement des systèmes d'information médicalisée .....	48
<b>3.3 Place et rôle du Directeur d'hôpital dans la conduite de réponses institutionnelles au problème des « inadéquations » d'hospitalisation .....</b>	<b>50</b>
3.3.1 La gestion des Ressources Humaines au cœur de la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie.....	51
3.3.2 Contractualisation et suivi des partenariats : l'hôpital garant de la qualité de prise en charge .....	53
3.3.3 Des projets innovants moteurs d'une dynamique institutionnelle collective : vers un management participatif .....	54
<b>Conclusion.....</b>	<b>57</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>59</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ADESM** : Association des Directeurs d'Établissements de Santé Mentale  
**ANESMS** : Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-Sociale  
**ANAES** : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé  
**AMP** : Aide Médico-Psychologique  
**APA** : Allocation Personnalisée à l'Autonomie  
**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation  
**BDR** : département Bouches du Rhône  
**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
**CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
**CH** : Centre Hospitalier  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé  
**CIM** : Collège d'Information Médicale  
**CPOM** : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens  
**CMP** : Centre Médico-Psychologique  
**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
**COTOREP (ex)** : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel  
**CRAM** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
**CROSMS** : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
**CRS** : Conférence Régionale de Santé  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation de l'Organisation des Soins  
**DMS** : Durée Moyenne de Séjour  
**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale  
**ESAT** : Etablissements et Services d'Aide par le Travail  
**EPP** : Évaluation des Pratiques Professionnelles  
**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé  
**FNAPSY** : Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie  
**FO/FH** : Foyer Occupationnel / Foyer d'Hébergement  
**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire  
**GCSMS** : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale  
**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle  
**GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique

**HAD** : Hospitalisation à Domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HDJ** : Hôpital de Jour  
**IFCS** : Institut de Formation des Cadres de Santé  
**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
**IRTS** : Institut Régional du Travail Social  
**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée  
**MCO** : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
**MNASM** : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale  
**ODEPS** : Office Parlementaire pour l'Etude d'Evaluation des Politiques de Santé  
**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
**PACA** : région Provence Alpes Côte d'Azur  
**PCH** : Prestation de Compensation du Handicap  
**PFT** : Placement Familial Thérapeutique  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**PPDA** : Patients Psychotiques Profondément Déficitaires Adultes  
**PRIAC** : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie  
**PRISM** : Plan Régional d'Investissement en Santé Mentale  
**PRSP** : Plan Régional de Santé Publique  
**RIM-P** : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie  
**SAVS** : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
**SAMSAH** : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
**SROSS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
**T2A** : Tarification à l'Activité  
**UPSIR** : Unité Psychiatrique de Soins Intensifs et de Réhabilitation  
**UNAFAM** : Union Nationale des Amis et Familles de malades psychiques  
**VAP** : Valorisation des Actes en Psychiatrie

## Introduction

Les établissements publics de santé mentale rencontrent depuis de nombreuses années deux problèmes majeurs corrélés : un phénomène de tension quant à la gestion des lits d'hospitalisation complète réputés insuffisants et une augmentation constante des « séjours longs » considérés pour beaucoup comme des « inadéquations » d'hospitalisation liées au manque ou à l'absence de réponses sociales et/ou médico-sociales adaptées à des patients souffrant de maladies psychiatriques les empêchant de vivre en milieu ordinaire (logement individuel ou hébergement par la famille) et de bénéficier d'une insertion sociale et/ou professionnelle.

Les « inadéquations » correspondent donc non pas aux patients eux-mêmes qui restent en hospitalisation longue, cette solution thérapeutique étant souvent la moins mauvaise faute d'une organisation mobile et évolutive ou de solutions d'aval satisfaisantes, mais bien aux hospitalisations qui s'avèrent inadéquates à répondre aux besoins de santé de ces patients.

A l'heure où l'offre de soins est en pleine mutation suite au développement sans précédent des activités ambulatoires en psychiatrie, l'activité médico-sociale est elle aussi amenée à occuper une place majeure dans le champ de la santé mentale, transférant ses pratiques professionnelles propres et ses structures adaptées capables d'accueillir et de soigner enfants, adolescents et adultes.

Enfin, l'adaptation territoriale et organisationnelle du système de santé mentale aux besoins de la population face à une demande sociale grandissante vis-à-vis de la psychiatrie semble être actuellement un enjeu politique majeur dont les établissements publics de santé mentale doivent s'emparer dans le cadre d'un repositionnement stratégique.

La question des « inadéquations » d'hospitalisation semble justement être étroitement liée aux enjeux du développement d'une politique de santé mentale territorialisée.

Mais qu'est-ce exactement qu'une « inadéquation » d'hospitalisation ?

Comment naissent-elles et quelles réponses sont apportées sur le plan politique et institutionnel ?

Quelles stratégies un établissement hospitalier est-il encouragé à développer dans le cadre du décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social ? Avec quels moyens ? Pour quelle finalité ?

Autour de toutes ces interrogations, il va s'agir de questionner les pratiques en santé mentale, l'organisation des établissements de santé et du déploiement de leur activité, la place qu'ils occupent vis-à-vis de l'intervention sociale et médico-sociale pour répondre plus globalement à la problématique suivante :

Face à la question des « inadéquations » d'hospitalisation au long cours en psychiatrie, quelles peuvent être les réponses apportées par les EPSM notamment sur le plan de la stratégie d'établissement ?

Quelle place et quel rôle un directeur d'hôpital peut-il être amené à occuper ?

Quelles que soient les réponses apportées par les EPSM au problème des « inadéquations », elles nécessitent toujours un important travail de diagnostic, d'évaluation des besoins, de définition d'une stratégie d'établissement, d'inscription d'actions durables et cohérentes sur le plan institutionnel dans un environnement juridique précis et réglementé, ces missions relevant pleinement des attributions d'un directeur d'hôpital.

Afin d'analyser les enjeux et réponses possibles à la question des « inadéquations » d'hospitalisation, nous tenterons dans un premier temps de définir cette notion au regard des enjeux des politiques sanitaires et médico-sociales mises en œuvre sur le plan national dans le cadre d'une meilleure articulation souhaitée entre la psychiatrie et les secteurs social et médico-social en termes d'amélioration de la qualité des prise en charge.

Après avoir dressé un constat général quant au problème des « longs séjours » en psychiatrie, il sera question d'analyser les différents enjeux institutionnels liés au développement de stratégies d'établissement déployées dans un contexte d'ouverture au champ médico-social par les établissements publics de santé mentale et plus particulièrement autour de l'exemple du Centre Hospitalier Montperrin en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Enfin, dans une troisième partie nous évoquerons les propositions de réponses qui peuvent être apportées aux enjeux de la réduction des « inadéquations » d'hospitalisation au long cours tant sur le plan organisationnel que sur celui du management. Plus largement, nous verrons en quoi les Etablissements Hospitaliers ont la nécessité de se situer au cœur de la redéfinition de l'offre sanitaire et médico-sociale afin d'optimiser la gestion des capacités d'hospitalisation et de participer à une dynamique d'amélioration de la prise en charge globale des personnes handicapées psychiques et/ou souffrant de troubles psychiatriques sévères.

## **Méthodologie**

Le recueil des informations nécessaires à l'élaboration de ce mémoire a reposé plus particulièrement sur la réalisation d'entretiens avec des professionnels concernés par la thématique étudiée, des visites d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des expériences professionnelles de terrain que j'ai eu à connaître dans le cadre de mes stages hospitaliers, notamment la conduite de projets de création de structures médico-sociales et la mise en place, le suivi, d'actions de coopérations entre le CH Montperrin et ses partenaires extérieurs.

Les entretiens et visites ont été l'occasion de rencontrer un certain nombre de professionnels, travaillant dans différents établissements publics de santé mentale, au sein d'administrations déconcentrées de l'Etat ou encore dans les collectivités territoriales afin de recueillir leurs réflexions et analyses quant au problème des « inadéquations » d'hospitalisation des patients accueillis au long cours en psychiatrie.

Ils ont été réalisés auprès :

- de Mme le Dr Mireille CREISSON, ancien médecin inspecteur à la DRASS de la région PACA (dorénavant affectée à la DDASS du Vaucluse),
- de M. CANTAT, cadre expert à la CRAM de PACA,
- de Mme PAGET, inspectrice des affaires sanitaires et sociales à la DRASS PACA,
- de Mme LAVITE, inspectrice des affaires sanitaires et sociales à la DDASS des Bouches-du-Rhône,
- de Mme PARDI, Chef de service du pôle handicap du Conseil Général des BDR
- de Gérard MOSNIER, Directeur de l'EPSM Montfavet et secrétaire général de l'ADESM.
- d'Evelyne MOULINS, Directeur de l'EPSM de Ravenel (88)

Par ailleurs, mes expériences de stage m'ont permis d'acquérir un regard critique sur la conduite de projets en institution et d'illustrer ce mémoire d'exemples précis de mises en œuvre de solutions concrètes à la problématique étudiée.

Enfin, le recueil des données et des références théoriques a été effectué par une recherche documentaire (Cf. bibliographie) me permettant d'accéder aux informations à la fois générales et complémentaires, nécessaires à la réalisation de cette étude.

# **1 Les Etablissements publics de santé mentale face à la question des « inadéquations » d'hospitalisation**

Si les « inadéquations » d'hospitalisation semblent constituer une problématique majeure relevant d'un constat général partagé par l'ensemble des professionnels de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale et en particulier des décideurs hospitaliers, elles restent une notion assez floue, parfois mal définie.

Les Etablissements publics de santé mentale sont aujourd'hui confrontés à un enjeu sanitaire d'importance qui consiste à optimiser l'offre de soins hospitalière dans un contexte de sectorisation psychiatrique très liée au déploiement des politiques sanitaires à l'échelle des territoires de santé.

Cette optimisation passe inéluctablement par la réduction des hospitalisations « inadéquates » tant pour répondre à des enjeux financiers, politiques et juridiques que pour s'inscrire durablement dans une amélioration de la qualité des prises en charge des personnes atteintes d'un handicap psychique.

Mais cette réduction des « inadéquations » passe-t-elle seulement par une meilleure articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux ?

Il semble que cet enjeu de santé publique doive concerner un ensemble d'acteurs de champs d'intervention divers mais aussi en premier lieu doive questionner l'organisation hospitalière en santé mentale et la manière dont elle peut évoluer tant en interne qu'en externe pour satisfaire au mieux les besoins de santé en la matière.

## **1.1 La notion « d'inadéquation » d'hospitalisation : identification du problème et enjeux des politiques publiques sanitaires, sociales et médico-sociales**

### **1.1.1 Cadre général et évolution de l'hospitalisation publique psychiatrique : de la psychiatrie à la santé mentale**

La psychiatrie, qui étudie et traite les maladies mentales et les troubles pathologiques de la vie psychique, relève du champ médical. C'est l'une des composantes de la santé mentale, qui n'a pas vocation à être médicalisée et dont la thématique est transversale.

Selon l'OMS, la santé mentale est le résultat d'une interaction entre l'environnement, la société et les individus qui la composent.

Ainsi, si les pratiques en psychiatrie relèvent d'un travail de soins spécialisés en milieu strictement sanitaire, celles du champ de la santé mentale renvoient à un travail de prévention, de soins et de réinsertion, à la fois en milieu sanitaire et dans la communauté, par une pratique en réseau. La santé mentale implique donc trois dimensions : biologique, psychologique et sociale.

La psychiatrie, confrontée à des évolutions nouvelles, ne s'est donc progressivement plus limitée au traitement des seules maladies répertoriées mais s'est ouverte plus largement à des souffrances psychologiques et sociales pour s'inscrire dans le champ plus vaste de la santé mentale. Celle-ci est définie par 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* »<sup>1</sup>

Le système de santé mentale français s'est longtemps réduit à l'activité psychiatrique hospitalière et libérale organisée autour d'établissements publics et privés spécialisés et articulée depuis les années 1960 autour d'une politique de sectorisation (le secteur est la traduction française de l'idée de psychiatrie communautaire). C'est justement cette politique de sectorisation définie par la circulaire du 15 mars 1960 qui 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.

Le code de la santé publique définit ainsi les missions des équipes de psychiatrie de secteur : « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* »<sup>2</sup>.

La psychiatrie se situe donc, au regard de cette définition, comme une discipline véritablement médico-sociale, non pas au sens juridique du terme tel que cela avait été précisé par les lois sociales de 1975 mais au sens fonctionnel du terme et de la réalité qu'elle a à vivre quotidiennement.

Cette politique de secteur, qui travaille sur des bassins de population d'environ 70 000 habitants, a entraîné l'externalisation des soins psychiatriques : à côté de l'hospitalisation classique à plein temps et de l'hospitalisation de jour, il s'est agi de développer d'autres modes de prise en charge, en ambulatoire ou par des soins spécifiques à temps partiel ou à temps complet.

---

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

<sup>2</sup> Code de la santé publique. (2007). Article L. 326

Il a ainsi été créé des Centres Médico-Psychologiques (CMP) assurant la coordination et l'accueil en milieu ouvert et organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, des hôpitaux de jour (HDJ) assurant des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel, des Centres d'Accueil Thérapeutique à temps partiel (CATTP) visant à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe, des services d'Hospitalisation à domicile (HAD), des appartements thérapeutiques, des centres de post-cure, des placements familiaux thérapeutiques (PFT) etc.

En 1985, la loi introduit la sectorisation psychiatrique comme organisation type des soins en France, avec un budget unique financé par la Sécurité sociale. Une décision qui, selon certains, n'a pas permis de réaliser le but initialement poursuivi par les promoteurs de la politique de sectorisation, à savoir le transfert du budget des sites hospitaliers vers la communauté.

Aujourd'hui, en raison de l'augmentation de la demande de soins psychiatriques et de la multiplication des troubles pour lesquels sont interpellées les équipes soignantes, cette organisation ne parvient plus à répondre à tous les besoins.

La sectorisation s'est également accompagnée d'une réduction des places d'hospitalisation : 125 000 ont été supprimées entre 1970 et 2000, avec une accélération dans les années 90. Cette réduction des places a été certes compensée en partie par un développement massif de l'activité ambulatoire mais le décalage entre les ressources et les besoins n'a fait que s'accroître sur le plan quantitatif.

Le champ de la santé mentale est donc aujourd'hui beaucoup plus vaste que celui de la psychiatrie et intègre les champs sociaux et médico-sociaux. La psychiatrie publique pour sa part a évolué vers la fin d'un modèle dominé par les grands hôpitaux psychiatriques et un passage à une psychiatrie où l'hospitalisation libre domine, avec des unités dans les hôpitaux généraux et des séjours de courte durée proposant des soins en phase aiguë. Elle n'a plus vocation à être le lieu de la chronicité mais a au contraire l'obligation de s'inscrire dans une démarche pluridisciplinaire de travail en réseaux et de coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales.

### **1.1.2 La question des « inadéquations » d'hospitalisation en psychiatrie au cœur des enjeux sanitaires et sociaux actuels**

Au terme d'une « désinstitutionnalisation » psychiatrique plus ou moins réussie et du développement sans précédent de l'activité ambulatoire par les secteurs de psychiatrie, le problème des « inadéquations » d'hospitalisation se présente de façon manifeste autour d'un dispositif ambulatoire et des urgences débordés par une demande

sociale croissante et une pression non régulée en amont comme en aval des lits d'hospitalisation.

Mais quelles réalités revêtent les hospitalisations dites « inadéquates » ?

Les séjours longs (c'est-à-dire d'une moyenne supérieure à un an de façon continue pour la majorité des enquêtes) constituent-ils le seul exemple et/ou facteur d'inadéquation ?

Pour Serge Kannas, psychiatre et ancien chef de service, membre de la Mission Nationale en Santé Mentale (MNASM) et auteur de nombreuses études sur les « inadéquations » d'hospitalisation, il convient d'avoir une approche en terme de durée de séjour et de dépendance pour déterminer une typologie des publics concernés.

En effet, les patients décrits (à tort) comme « inadéquats » sont ceux « *qui restent hospitalisés par défaut de structures alternatives spécifiques à la psychiatrie, mais situées en dehors des réponses dont elle dispose habituellement, ou en dehors d'elle, au sein d'autres éléments du dispositif sanitaire, ou encore à l'écart de celui-ci, dans le dispositif médico-social ou social* »<sup>3</sup>. Ainsi le raisonnement en durée moyenne de séjour est classiquement admis pour identifier les séjours longs source ou révélateurs « d'inadéquations ».

Car comme le précisent de nombreux acteurs de santé mentale, les patients ne sont en aucun cas « inadéquats » ; c'est bien l'hospitalisation et donc le mode de prise en charge qui est inadéquat aux besoins de la personne en demande de soins.

Or il est communément admis par la communauté médicale, dans une approche réductrice fondée sur la durée moyenne de séjour (DMS) que la probabilité pour un patient de quitter l'hôpital s'amenuise rapidement dès lors que la durée de son hospitalisation excède un à deux ans.

Une hospitalisation excessivement longue conduit donc d'une part à diagnostiquer une inadéquation en terme de qualité de prise en charge et d'autre part à favoriser l'installation du patient dans cette situation insatisfaisante.

La chronicisation est dès lors un phénomène engendré par l'institution hospitalière (contrairement à la chronicité qui naît de la maladie psychiatrique) et qui se définit « non pas en terme de durée de prise en charge, mais plutôt comme l'abandon de projet et l'absence de perspective pour un patient »<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Serge Kannas.(2000). La santé mentale des Français Sous la direction de J. Kervasdoué et R. Lepoutre, Ed. Odile Jacob, Paris.

<sup>4</sup> Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

L'ensemble de ces patients chroniques ou relevant d'hospitalisations « inadéquates » semble représenter, suivant l'histoire des établissements et services, entre 20 et 40 % de l'hospitalisation psychiatrique temps plein un jour donné<sup>5</sup>.

Le traitement adapté de ce problème des « inadéquations » d'hospitalisation et la prise en compte des droits nouveaux nés de la reconnaissance du handicap psychique représentent donc un enjeu majeur pour la modernisation du dispositif hospitalier et l'adéquation entre les réponses et les ressources allouées.

Car réduire les « inadéquations » d'hospitalisation relève bien d'enjeux sanitaires et sociaux actuels tant politiques, financiers, qu'organisationnels.

Cette problématique se trouve au cœur des différents programmes et plans sanitaires (Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, Préconisations de la MNASM suivies par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, Programmes régionaux de santé publique etc.) et est évoquée actuellement comme une priorité de santé publique par les instances ministérielles et parlementaires.

A titre d'exemple, à l'occasion des deuxièmes rencontres parlementaires sur la santé mentale qui se sont tenues en septembre 2007 autour du thème « Mieux soigner les maladies mentales », le ministre de la Santé actuel, Mme Bachelot, a mis en avant la place du patient. Selon elle, « *il ne s'agit plus de se focaliser sur une maladie mais sur une personne ; soigner les maladies mentales ne peut se résumer à une prise en charge sanitaire et nécessite de tenir compte des besoins multiples de la personne* »<sup>6</sup>. Ces rencontres ont permis d'identifier assez clairement les hospitalisations psychiatriques longues comme une illustration des inadéquations entre les besoins réels de la population et les actions menées.

### **1.1.3 Identification du problème des hospitalisations « inadéquates » en région PACA et sur le territoire de santé Bouches du Rhône Nord**

Une enquête déclarative a été réalisée conjointement par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) dans le cadre du volet « Psychiatrie générale » du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) version 3 à l'initiative de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

---

<sup>5</sup> Sources empiriques de la MNASM confirmées par différentes études régionales.

<sup>6</sup> Mme Roselyne BACHELOT, *Editorial des 2<sup>ème</sup> Rencontres Parlementaires sur la santé mentale*, Paris, 13 septembre 2007.

Au cours d'un entretien que j'ai pu réaliser auprès de Mme Creisson, Médecin inspecteur à la DRASS PACA<sup>7</sup> et de M. Cantat<sup>8</sup>, cadre expert à la CRAM PACA, tous deux co-auteurs de cette enquête, j'ai recueilli un certain nombre d'éléments quant à l'analyse de l'existant en terme d'équipements en santé mentale sur les territoires de santé concernés. Leurs avis et commentaires sur les constats et les actions mises en œuvre depuis cette enquête seront retranscrits au fur et à mesure des thèmes abordés dans ce mémoire.

L'étude a été décidée suite aux discussions du groupe "Prise en charge globale du patient, du soin à la réinsertion", qui s'est réuni en 2005 dans le cadre des travaux préparatoires au SROS et avait pour objectifs d'approcher les besoins non satisfaits :

- en matière de soins, de logement et d'activité pour les patients susceptibles de sortir après une hospitalisation complète en psychiatrie.
- en matière de structures d'hébergement pouvant être mieux adaptées aux besoins des personnes hospitalisés "au long cours"

En effet deux problématiques étaient apparues comme majeures :

- l'insuffisance des lieux d'hébergement sociaux pouvant permettre la sortie de patients, qui poursuivront une prise en charge psychiatrique en ambulatoire,
- l'insuffisance de structures d'aval dont la création constituerait une réponse adaptée aux personnes hospitalisées au long cours par défaut de réponses médico-sociales, ces créations permettraient en outre de diminuer la pression actuelle sur les lits en psychiatrie.

Dans la perspective de création de lieux sociaux ou médico-sociaux pouvant accueillir les personnes dont la pathologie ne permet pas une autonomie suffisante dans la vie quotidienne, une approche des besoins au niveau de la région P.A.C.A. était donc nécessaire.

Les patients inclus dans l'enquête étaient les patients présents au 30 juin 2005, et qui sur la période du 1.7.2004 au 30.6.2005 avaient eu un séjour d'un an ou plus en continu, 8 mois discontinus, avec des périodes courtes de sortie, plusieurs séjours dans des établissements différents (publics et/ou privés).

Les résultats de l'enquête ont fait apparaître un certain nombre d'éléments :

- le nombre de lits occupés par des patients en « séjours longs » était de 1119, soit 27% des patients présents.

---

<sup>7</sup> Mme le Dr. CREISSON, médecin inspecteur volet psychiatrie, DRASS PACA

<sup>8</sup> M. CANTAT Roland, cadre-expert, volet suivi financier et technique des Etablissements publics et privés Direction régionale santé mentale CRAM PACA,

- Un tiers des patients qui étaient en séjour long ont entre 20 et 39 ans ; les classes d'âge suivantes (40 –49 ans ; 50 – 59 ans ) regroupent chacune 30% de patients.
- Plus de 20% des patients ont eu un séjour supérieur à 10 ans ;  
(Il est constaté dans cette étude que ces durées de séjour très longues peuvent poser la question de la faisabilité d'une réorientation sur un établissement médico-social).
- Au niveau de la région, le taux de patients réorientables (les patients qui suite aux réponses à l'enquête, ne nécessitent pas un maintien en hospitalisation complète) était 20% des lits occupés en hospitalisation complète.

L'analyse des données recueillies en PACA suite à cette étude a fait apparaître des besoins importants en terme de création de structures sociales et médico-sociales : dix créations d'établissements sur la région étaient préconisées parmi lesquels 4 Maisons d'accueil Spécialisées, 3 Foyers d'Accueil Médicalisé et 3 Foyers Occupationnel / Foyers d'Hébergement.

Concernant les appartement associatifs et maisons relais les besoins ressortent principalement dans les Bouches Du Rhône, le Var et le Vaucluse (170 places environ).

Ainsi, les résultats de cette enquête montrent une relative cohérence entre l'évaluation du problème des « inadéquations » d'hospitalisation en région PACA et celle estimée sur le plan national à savoir un taux « d'inadéquation » estimé à environ 20% sur l'ensemble des établissements publics et privés de la région.

Ces travaux ont permis d'élaborer un véritable diagnostic partagé de ce problème sur le plan régional et ont alimenté le Schéma d'Organisation Sanitaire et Social 3<sup>ème</sup> génération dans son volet de planification de l'activité psychiatrique intra et extra hospitalière (les objectifs quantifiés du SROS 3 sont directement issus de ces évaluations).

## **1.2 Une articulation entre psychiatrie et secteurs médico-social et social encouragée par des dispositifs juridiques récents**

### **1.2.1 Les textes législatifs et réglementaires**

Les constats établis aux échelons nationaux, régionaux et territoriaux en matière de santé mentale, de handicap, d'insertion sociale et professionnelle, de travail social ont conduit les décideurs politiques à imposer un certain nombre de textes législatifs et réglementaires encourageant une articulation accrue des dispositifs de prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale. Ces deux derniers champs d'intervention en particulier ont vu leur corpus réglementaire profondément modifié ces dernières années.

Le champ hospitalier a pour sa part dû s'imprégner d'une culture de la coopération dans un contexte de territorialisation des politiques de santé et d'action sociale.

Les textes suivants permettent d'apporter un éclairage sur ces évolutions « récentes » :

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

Elle vient modifier le paysage juridique de l'action sociale et médico-sociale, jusqu'alors régi par les lois sociales de 1975<sup>9</sup>. 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.

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.

*- 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

---

<sup>9</sup> Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et Loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

-

de certaines actions dans le champ social par un désengagement relatif des départements malgré la présence « historique » des présidents de Conseils Généraux en qualité de présidents des conseils d'administration des Centres hospitaliers départementaux (la très grande majorité des EPSM).

*- 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 »<sup>10</sup>.

*- 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.

*- L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'organisation hospitalière*

Elle a ouvert la possibilité, pour les établissements publics de santé, de créer et de gérer des structures sociales et médico-sociales.

Elle a également créé les groupements de coopération sanitaire (GCS) destinés à devenir l'instrument privilégié de la coopération et de la structuration de l'offre de soins régionale.

Formule très prometteuse, le GCS n'a néanmoins pas répondu à toutes les attentes fondées sur lui. Ses missions ainsi que ses modalités de constitution ont été profondément modifiées par l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003. Le GCSMS (médico-social) a pour sa part vu le jour en 2006<sup>11</sup> et a fait l'objet d'une circulaire<sup>12</sup> assez précise de la même année. Il peut constituer un outil intéressant de coopération entre un EPSM et ses partenaires dans une optique de mutualisation de moyens et de renforcement des liens conventionnels. Nous verrons dans la seconde partie que cette formule présente un certain nombre d'avantages et de limites sur un plan stratégique pour un établissement public hospitalier.

---

<sup>10</sup> Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>11</sup> Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale [...].

## 1.2.2 Les éléments de planification et de programmation

Parallèlement à ces évolutions législatives et réglementaires, les éléments de planification et de programmation ont également évolué et ont inscrit la santé mentale dans une dynamique d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'optimisation de l'offre de soins.

### - 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.

Il 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 patient<sup>13</sup> » 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 soins<sup>14</sup> » 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 PACA prend en compte les recommandations du Plan national « Psychiatrie et Santé mentale ». Il constitue également une référence importante lors de l'élaboration d'un projet d'établissement public de santé mentale.

### - Le Plan Régional de Santé Publique 2005-2009 de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Le PRSP est l'une des applications de la Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Selon la loi chaque région, sous la responsabilité du préfet de région, « doit élaborer un plan régional de santé publique dont la mise en œuvre est confiée au

---

<sup>12</sup> Circulaire N°DGAS/2006/216 du 18 mai 2006 relative à [...] la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

<sup>13</sup> Plan national « Psychiatrie et Santé Mentale » 2005-2008 (20 Avril 2005).

<sup>14</sup> *Idem.*

groupement régional de santé publique (GRSP), après avis de la conférence régionale de santé (CRS).

En région PACA, l'élaboration du PRSP a donné lieu à des consultations des 25 territoires de proximité par un comité de pilotage qui a pu relever un certain nombre de constats concernant la santé mentale notamment un retard en équipements par rapport à la moyenne nationale dans le secteur médico-social prenant en charge les personnes handicapées

Il ressort du diagnostic et des consultations locales que l'action publique dans la région PACA doit intervenir dans trois domaines d'action auprès des publics touchés par : la souffrance psychique, la précarité et la dépendance.

Ainsi, 20 priorités ont été établies en matière de santé publique dont l'une concerne directement la question de la santé mentale et des « inadéquations » d'hospitalisation.

Un des objectifs principaux de ces programmes de santé publique est « *d'améliorer, par l'accès au logement ou à l'hébergement collectif, l'insertion sociale des personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique* »<sup>15</sup>.

Cet objectif est subdivisé en 3 points :

- favoriser la sortie de l'hospitalisation complète pour les patients stabilisés
- développer les logements alternatifs (appartements associatifs, maison relais...)
- développer l'insertion sociale par des dispositifs d'entraide (clubs d'activités sociales)

Deux indicateurs de résultats ont été imaginés :

- le taux de personne ayant bénéficié d'une mesure d'accès au logement ou à l'hébergement collectif à l'issue de leur hospitalisation
- l'évolution du nombre de patients dont la durée d'hospitalisation complète dans un service de psychiatrie est supérieure à un an

#### *- Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire - 3<sup>ème</sup> génération (SROS III)*

L'ordonnance du 4 septembre 2003 a réorganisé le régime de réalisation de ces schémas d'organisation sanitaire dont l'objet est de constituer un instrument de planification fixant la répartition géographique selon la nature et l'importance des installations, équipements et activités de soins pour répondre de manière optimale aux besoins de la population.

Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopération. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Enfin, le SROS détermine les objectifs prioritaires dont la

---

<sup>15</sup> PRSP 2005-2009, Région PACA, Programme 13 : « *mieux repérer, prévenir et prendre en charge la souffrance psychique et les suicides* ».

réalisation sera poursuivie, notamment au moyen des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

Le SROS 2007-2011 de la Région PACA dans son volet « Psychiatrie et Santé Mentale » s'empare du problème des hospitalisations longues et reprend à son compte l'étude sur les séjours longs en psychiatrie réalisée en 2005 par l'ARH PACA.

Il est écrit dans la rubrique de l'hospitalisation complète que celle-ci « *devrait être un moment, une exception dans la vie d'un patient ; ce n'est qu'un temps de la prise en charge, l'essentiel se passe en extrahospitalier, avant et après, dans l'environnement personnel, familial et social* »<sup>16</sup>.

Le constat fait, notamment par l'enquête sur les séjours longs en psychiatrie (juin - octobre 2005) n'est pas celui d'un manque de lits, mais de l'occupation de lits par des personnes ne relevant pas de soins intensifs ou de réadaptation en psychiatrie, restant hospitalisés du fait de l'insuffisance du dispositif d'aval, notamment médico-social.

Pour le SROS, « *La pression sur les lits devra être régulée par le développement de l'ambulatoire et un programme spécifique de projets médico-sociaux, portés préférentiellement par le secteur associatif en partenariat avec les établissements de psychiatrie, incluant le soutien aux familles et l'autonomisation des patients (groupes d'entraide mutuelle)* ».

Cette évolution sera suivie grâce à des indicateurs, repris dans un tableau de bord régional annuel :

- nombre de patients au long cours présents un jour donné (enquête annuelle sur la durée du SROS) ;
- nombre de places créées en hospitalisation et dans le secteur médico-social (M.A.S., F.A.M., F.O., SAMSAH, clubs ....) ;
- pourcentage des personnels affectés en intra et extrahospitalier ;
- évolution des budgets consommés pour l'hospitalisation complète.

Les constats repris dans le SROS montrent ainsi que les professionnels du dispositif sanitaire reconnaissent assurer, y compris en hospitalisation complète, un hébergement et une prise en charge de patients, par défaut de structures d'aval sociales et médico-sociales, en nombre et qualité suffisants.

A la méconnaissance des potentialités et des compétences du secteur social et médico-social par les acteurs du sanitaire, s'ajoute l'insuffisance de places dans ces secteurs et

---

<sup>16</sup> SROS 3 2007-2011 Région PACA. Volet Psychiatrie et Santé Mentale

l'insuffisance du soutien de la psychiatrie à ces structures, dans le cadre des prises en charge au long cours liées à la pathologie psychiatrique.

Est ainsi favorisé le fonctionnement en réseaux qui permet de fédérer et de reconnaître les pratiques d'articulation entre les différents champs (social, sanitaire, médico-social) et les différents modes de pratiques (libéraux, hospitaliers, associations ...).

Enfin, il est rappelé que le territoire des Bouches du Rhône Nord pour sa part pâtit d'un manque certain de structures d'aval à l'hospitalisation complète : absence totale d'établissements de post-cure, peu d'hébergement médico-social.

Le SROS 3 incite donc largement les établissements publics de santé mentale à développer des alternatives à l'hospitalisation complète dans un contexte d'objectif de réduction des lits d'hospitalisation à l'horizon 2011 (baisse de 10% de l'activité d'hospitalisation complète pour le territoire BDR Nord)

*- Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie 2007-2011 Région PACA*

Institué par la loi du 11 février 2005<sup>17</sup>, le PRIAC est l'instrument de programmation régionale de l'adaptation et de l'évolution de l'offre d'accompagnement collectif médico-social. Il dresse les priorités au niveau régional des besoins de financement des créations, extensions et transformations d'établissements et services pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le PRIAC de la région PACA a été élaboré pour la période 2007-2011 et prévoit notamment la création de places médico-sociales pour adultes handicapés psychiques en Foyers d'Accueil Médicalisés, Maisons d'Accueil Spécialisées, Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), Services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés etc. sur la région PACA et en particulier sur le territoire de santé BDR Nord. Les articulations sanitaires, médico-sociales et sociales font l'objet d'un chapitre entier où sont développés les projets et objectifs de coopération et de développement de réseaux associant soins de ville, hôpitaux, et secteur médico-social.

Enfin, le schéma départemental en faveur des personnes handicapées élaboré par les Conseils Généraux de département fixe les orientations et les enveloppes de

---

<sup>17</sup> Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

financements en ce qui concerne la création de structures nouvelles dans le champ médico-social du handicap adultes et enfants.

Le schéma pour le département des Bouches du Rhône arrivant à échéance en 2008 ; il en sera réalisé un nouveau pour la période 2009-2013

### **1.3 Enjeux en termes d'amélioration de la qualité : vers une réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie**

Après avoir abordé précédemment les orientations législatives, réglementaires, et de planification qui obligent les Etablissements publics de santé, il convient de s'intéresser aux enjeux en terme d'amélioration de la qualité des prises en charge et de l'offre de soins en général.

Si les éléments de planification et de programmation semblent à priori enchevêtrés dans un modèle complexe redondant et manquant de lisibilité, ils concourent tous aux mêmes objectifs cohérents d'optimisation de l'hospitalisation complète et de développement d'alternatives sanitaires et médico-sociales et prennent leur sens dans une dynamique d'amélioration de l'offre de soins en santé mentale.

#### **1.3.1 Une politique qualité moteur de changements institutionnels**

La psychiatrie a longtemps été une discipline médicale, un champ d'activité hospitalière, considérée comme différente de ses disciplines somatiques voisines dans son organisation, dans l'évaluation de ses besoins et dans son déploiement.

Ainsi, aussi bien l'évaluation de son activité, de ses besoins et de ses pratiques se démarquent par une approche souvent empirique.

L'approche « qualité » bien qu'ayant imprégnée les établissements publics de santé mentale depuis l'ordonnance de 1996<sup>18</sup> à travers le processus d'accréditation par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES), ne s'est pas véritablement déployée sur le volet de l'organisation des soins et de la qualité des réponses apportées en termes de prise en charge médico soignante.

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans sa deuxième version de la certification a bien introduit l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et donc permis au personnel soignant et médical de se pencher sur la question de la prise en charge des patients accueillis au long cours en psychiatrie mais n'a pas réussi à intervenir sur l'évaluation médico économique notamment des hospitalisations longues.

---

<sup>18</sup> Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'organisation hospitalière

Ces « inadéquations » d'hospitalisation relèvent certes de problèmes organisationnels internes et externes et d'enjeux sanitaires et sociaux dépassant la compétence des EPSM mais elles peuvent être également le fruit des pratiques du corps médical de l'établissement de santé. Ces pratiques ou stratégies médicales doivent donc pouvoir faire l'objet d'une évaluation afin d'apporter des réponses les plus exhaustives possibles à ce problème de réponses « inadéquates » aux besoins de soins de santé.

Dans ce sens, la HAS qui dispose actuellement de six missions (évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels, promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins, améliorer la qualité des soins, veiller à la qualité de l'information médicale, informer les professionnels de santé et le grand public et développer la concertation avec les acteurs du système de santé) devrait s'en voir confier une septième avec « l'évaluation médico économique des stratégies de prise en charge »<sup>19</sup>. Les développements de réseaux et de toutes autres formes de coopération devraient être ainsi identifiés et valorisés dans le cadre de cette nouvelle mission.

Les recommandations de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale vont également dans le sens du développement d'une politique qualité en matière de stratégies médicales de prise en charge des patients en hospitalisation complète. Elle incite les établissements de santé à développer « des services de soins de courte durée (médiane : un mois) pour le traitement des épisodes aigus et de crise, des services ambulatoires de soins de moyennes durée (entre 3 et 18 mois), et des services ambulatoires de longue durée à prédominance sanitaire, sociale, ou médico-sociale »<sup>20</sup>. Ces services de longues durées peuvent être des établissements sociaux et médico-sociaux tels les FAM, les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les ESAT, les MAS etc.

Ces nouvelles stratégies d'accompagnement doivent pouvoir faire l'objet d'une évaluation médico économique et s'inscrire durablement dans une politique de promotion de la qualité des prises en charge délivrées par les EPSM.

L'évolution de la demande sociale dite « demande de masse » (62% d'augmentation des files actives en 11 ans, 100% en psychiatrie infanto juvénile<sup>21</sup>) associée à la place grandissante des usagers et des familles dans les processus de modernisation et d'optimisation de la gestion des établissements publics de santé mentale

---

<sup>19</sup> Avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (septembre 2007).

<sup>20</sup> MNASM (2005). *La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?* Ed. ENSP

<sup>21</sup> Etude DREES 2004.

ont également encouragé et poussent encore aujourd'hui les hôpitaux à remettre en question des fonctionnements cloisonnés et manquant de transparence. Les réponses inadaptées en terme de prises en charge telles les hospitalisations longues font l'objet de critiques par les associations d'usagers ou de familles comme l'Union Nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM<sup>o</sup>) ou encore la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY). La place de ces associations dans les diverses instances de l'hôpital leur permet de jouer un rôle moteur tout à fait positif dans la recherche d'alternatives à l'hospitalisation complète.

Au travers de la recherche de solutions à un problème institutionnel—en l'occurrence ici celui de la réduction des « inadéquations » d'hospitalisation, l'initiation d'une démarche qualité au sein de l'établissement devient incontournable et peut s'inscrire dans une réflexion plus globale sur l'organisation des soins.

Car parler des hospitalisations longues, c'est nécessairement évoquer plus largement le temps de l'hospitalisation et interroger les pratiques dans l'institution. Sur le plan régional et parfois au sein même des établissements, selon l'ARH<sup>22</sup>, il existe de fortes disparités dans les DMS observées. Les pratiques médicales en psychiatrie ont cette spécificité qu'elles ne s'inscrivent pas dans une « norme » unique mais qu'elles peuvent varier selon les écoles cliniques de référence, les pratiques individuelles et collectives des responsables de pôles et/ou de secteurs.

Ainsi, l'établissement de santé a cette opportunité de la résolution du problème des hospitalisations longues pour favoriser dialogue et échanges entre les praticiens en établissant un diagnostic partagé de la situation et en tentant d'« unifier » les pratiques autour d'une stratégie globale concertée et validée par la communauté médicale.

Cette stratégie d'établissement tournée vers l'amélioration de la qualité des prises en charge passe donc par la réorganisation de l'offre de soins et des organisations pour une optimisation de l'activité hospitalière

### **1.3.2 La réorganisation de l'offre de soins hospitalière à l'heure de la territorialisation des politiques de santé.**

Après avoir fait une véritable « révolution culturelle » dans les années 70, la psychiatrie publique s'est progressivement inscrite dans le champ de la santé mentale en associant aux prises en charge traditionnelles d'hospitalisation complète des prises en charge ambulatoires diversifiées et déployées à travers le secteur géographique de référence.

---

<sup>22</sup> Entretien Mme Creisson (médecin inspecteur), M. Cantat (cadre expert CRAM)

D'une fonction « asilaire » à une fonction hospitalière, les établissements publics de santé mentale ont tous évolué en s'ouvrant vers l'extérieur et en faisant sortir les patients des murs de l'hôpital.

Mais à l'heure où le secteur semble perdre sa dimension géographique, qu'en est-il de sa dimension fonctionnelle ?

Depuis 2003, le secteur sanitaire a été remplacé par le « territoire de santé »<sup>23</sup> défini par l'ARH qui se doit de prendre en compte la spécificité des activités de soins, afin de favoriser une approche infra départementale, interdépartementale voire interrégionale et une plus grande souplesse dans la définition des territoires de planification.

Or, en psychiatrie, les secteurs sanitaires ont été maintenus, se juxtaposant aux territoires de santé nouvellement créés. C'est ainsi que l'on peut comprendre la fin progressive de la dimension géographique du secteur (le territoire géographique de référence devenant le territoire de santé) mais la persistance de sa dimension fonctionnelle dans l'organisation des soins (un patient, un hôpital, un service, une équipe de référence).

Si la politique de développement des soins ambulatoires s'est considérablement développée dans les années 90, elle s'est rapidement vue confrontée à une embolisation à la fois des solutions d'hospitalisation complète, des hospitalisations de jour et des hospitalisations ambulatoires mais aussi à une saturation des structures d'aval à ces mêmes hospitalisations.

Le développement de l'ambulatoire avait déjà permis de « sortir » de l'hospitalisation complète un certain nombre de patients dits « inadéquats » comme les personnes âgées ou encore ceux qui pouvaient bénéficier d'un entourage social et/ou familial avec soutien à domicile ou en centres de consultation mais il s'est vite trouvé confronté à la saturation de ses dispositifs.

Ce « transfert » de ces patients a alors mis en lumière de nouveaux « inadéquats » : ceux qui malgré le développement des soins ambulatoires, n'ont pu quitter l'hôpital au regard de leur très faible autonomie sur le plan social.

C'est alors qu'est née la volonté partagée par un certain nombre de directeurs d'hôpitaux et de décideurs dans le champ de la santé de réorganiser l'offre de soins en psychiatrie en confiant à l'établissement public de santé mentale une 3<sup>ème</sup> mission : outre l'hospitalisation et l'activité ambulatoire, les EPSM ont été autorisés en 1996 à créer et gérer eux-mêmes des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

---

<sup>23</sup> Ordonnance N° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation

Des actions de coopération en amont à la création de structures médico-sociales en aval, enfin les hôpitaux publics ont eu l'opportunité de s'inscrire dans une stratégie durable de maîtrise de la filière de santé mentale pour améliorer la cohérence des prises en charges et des réponses aux besoins sanitaires et sociaux de la population atteinte de troubles psychiques.

La graduation des soins semble en effet indispensable à une offre de soins optimale et progressive. Elle permet une réponse plus fine aux besoins et demande une adaptation à la fois des structures et des personnels aux besoins nouveaux en terme d'accompagnement sanitaire et social.

La MNASM a donc encouragé les EPSM à s'inscrire dans le développement de coopérations et de réseaux avec des partenaires institutionnels tels les maisons de retraite, les clubs de prévention, les CHRS, les ESAT etc. afin de prévenir l'hospitalisation en amont. La psychiatrie de liaison joue alors un rôle fondamental dans le suivi au long terme des patients, le soutien aux équipes pluridisciplinaires sociales et médico-sociales et l'intervention en situation de crise.

Concernant les solutions d'aval à l'hospitalisation, nous avons vu précédemment que les dispositifs législatifs et réglementaires mais aussi les éléments de planification et de programmation encourageaient fortement la création de structures sociales et médico-sociales.

Si les premières structures qui ont été créées à la fin des années 90 ne devaient pas se spécialiser dans l'accueil d'un type de public précis (les troubles psychiatriques constants par exemple), l'expérience de ces structures a vite démontré la nécessité de donner une orientation thérapeutique et socio-éducative différente aux structures médico-sociales selon le public accueilli. C'est ce qui explique aujourd'hui la spécialisation de ces structures dans le champ du handicap psychique (Foyers d'accueils médicalisés psychiatrique pour adultes souffrant de troubles psychiques, Résidence d'accueil pour personnes handicapées psychiques etc.). Cette spécialisation semble être garante d'une plus grande qualité de prise en charge à la fois pour les patients psychiatriques que pour les autres résidents de ces structures.

Tous ces mouvements de fond qui ont traversé le champ de la santé mentale ces dernières années ont donc profondément modifié la typologie des patients hospitalisés lorsqu'en particulier, les filières médico-sociales ont pu voir le jour.

Ils appellent également un changement culturel de l'organisation de l'hospitalisation (qui n'est plus aujourd'hui centrée sur l'hospitalisation complète) devant se redéployer à la fois vers l'ambulatoire mais aussi vers les solutions alternatives dans le champ médico-social.

Parallèlement, l'avènement du département « providence », chef de file dans les domaines de l'action sociale et médico-sociale a permis de positionner sur un même

échelon de proximité les politiques territorialisées de santé mentale et les politiques d'amélioration de la qualité du traitement des besoins médico-sociaux liés à la situation de handicap psychique

## **2 Stratégies d'établissement et enjeux institutionnels. L'inscription du Centre Hospitalier Montperrin dans une démarche d'ouverture au champ médico-social sur son territoire de santé**

Après avoir étudié la notion « d'inadéquation » d'hospitalisation dans le cadre de l'activité hospitalière en santé mentale, l'articulation accrue entre la psychiatrie et le champ médico-social et les enjeux de santé publique en terme d'amélioration de la qualité des prises en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, il est nécessaire d'explorer la question de la résolution de ce problème des inadéquations au niveau institutionnel des établissements de santé mentale et du Centre Hospitalier Montperrin d'Aix en Provence en particulier.

Nous allons voir à travers cet exemple mais aussi grâce aux illustrations d'autres établissements que j'ai été amené à visiter à l'occasion de la réalisation de ce mémoire quelles peuvent être les stratégies à déployer par un EPSM en matière d'ouverture au champ médico-social et d'inscription dans une filière de soins et de prises en charge gradués et coordonnés.

L'analyse des enjeux financiers, organisationnels, et de ceux liés à la stratégie d'établissement va guider la réflexion quant à la place et au rôle qu'ont à jouer les centres hospitaliers dans le maillage territorial de l'offre de soins en santé mentale.

### **2.1 Etat de la question des « inadéquations » d'hospitalisation au sein du CH Montperrin. Un contexte favorable à une dynamique d'ouverture à de nouvelles prises en charge.**

#### **2.1.1 Contexte et environnement du CH Montperrin. Les réalisations et projets en cours et leur inscription dans une démarche globale de mise en réseaux et de partenariats**

Le Centre Hospitalier Montperrin est un établissement public départemental de santé spécialisé en santé mentale et fut mon lieu de stages hospitaliers durant la période 2006-2007.

L'établissement est rattaché au territoire de santé n° 5 de niveau 2 des Bouches du Rhône Nord<sup>24</sup> selon la nouvelle cartographie des territoires sanitaires définies dans le SROS de troisième génération.

Ce territoire comprend plusieurs communes situées sur le département du Vaucluse. Il était précédemment rattaché au groupe de secteurs de psychiatrie n° 5 et au secteur M.C.O. n°6 de la région PACA.

La population prise en charge est de plus de 530 000 habitants, la hausse démographique prévue est d'environ 10% à l'horizon 2010.

L'établissement est organisé en six secteurs de psychiatrie générale et trois secteurs de psychiatrie Infanto - juvénile.

Il dispose également d'un service intersectoriel d'alcoologie et d'une structure de soins pour patients toxicomanes.

Il assure la prise en charge psychiatrique des détenus de deux établissements pénitentiaires importants, en collaboration avec des unités de consultations et de soins ambulatoires.

Une part importante de son activité (80% de la file active environs) est orientée vers les soins ambulatoires auxquels sont dédiées des structures de soins polyvalentes (hôpital de jour, CMP et CATTP) Il y a ainsi quelques 35 sites et antennes regroupant 582 lits et places autorisés et des lieux de soin en ambulatoire.

Le CH Montperrin met actuellement en œuvre son troisième projet d'Etablissement 2006-2011 approuvé par délibération du CA le 06 juillet 2006 et par délibération N°2006-29 du 6 juillet 2006 de l'Agence Régionale d'Hospitalisation PACA.

Ce 3<sup>ème</sup> projet d'établissement s'inscrit dans les orientations du SROS, intégrant en ce qui concerne le projet médical, ses préconisations relatives :

- au développement de structures alternatives et d'aval : aussi bien en psychiatrie infanto juvénile (projet d'hôpital de jour à Salon, Accueil familial thérapeutique), qu'en psychiatrie générale (HDJ à Salon et Pertuis, et à Aix, placements familiaux thérapeutiques),
- au développement de structures en partenariat : aussi bien en psychiatrie infanto juvénile (projet avec l'association Résados et Institut Polyvalent pour autistes en

---

<sup>24</sup> Arrêté du directeur de l'ARH PACA du 28 janvier 2005

lien avec l'IME Les Parons), qu'en psychiatrie générale (projet gérontopsychiatrique avec St Thomas de Villeneuve),

- au développement de structures en articulation avec d'autres secteurs : projets de mise en place d'une Résidence d'accueil avec le secteur social, et de Foyer d'Accueil Médicalisé, secteur médico-social.

L'établissement a été certifié en mars 2007 par décision de la Haute Autorité de Santé. Ses partenariats multiples en particulier dans le champ de la pédopsychiatrie ont été mis en valeur au sein du rapport de certification de mars 2007 (cotation A pour la référence 25c<sup>25</sup> et action exemplaire).

Sur le plan de la prise en charge hospitalière, le taux d'occupation était proche de 97% en 2006 pour une durée moyenne de séjour de 31,91 jours/patient.

Concernant la problématique des « inadéquations » d'hospitalisation, plusieurs chantiers sont actuellement en œuvre comme la création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé et une Résidence d'Accueil pour adultes handicapés psychiques mais aussi le développement de la psychiatrie de liaison, de coopérations et de partenariats particulièrement en géronto-psychiatrie.

Différentes études réalisées par le Collège d'Information Médicale (CIM) de l'établissement ont pu mettre en évidence la sur-représentativité des patients atteints de troubles psychiatriques sévères dont la sortie de l'hôpital est rendue difficile par le manque d'alternatives à l'hospitalisation complète ou ambulatoires :

- *Adultes pris en charge exclusivement en intra hospitalier :*

Schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants : 28,96% du total des séjours

- *Adultes à double prise en charge extra et intra hospitalier*

Schizophrénie, troubles schizotypiques, troubles délirants : 47,57% du total des séjours<sup>26</sup>

Une étude récente menée dans le cadre du projet FAM évalue entre 26 et 34% le taux « d'inadéquation » en hospitalisation complète.

### **2.1.2 La réduction des inadéquations d'hospitalisation : enjeux organisationnels en terme de stratégie d'établissement**

Le taux d'occupation de l'établissement est actuellement proche de 97%, ce qui génère une certaine tension quant à la gestion des lits d'hospitalisation. Les files d'attente en ambulatoire sont souvent longues et les places d'alternatives rares. De plus, les

---

<sup>25</sup> Manuel d'accréditation V2. (2004) Référence 25c « les responsables organisent la complémentarité avec les autres structures et la participation à des réseaux de santé dans leur domaine ».

<sup>26</sup> Enquête 2006 CIM CH Montperrin.

chambres d'isolement thérapeutique (au nombre de 11 sur le CH Montperrin) qui doivent être considérés officiellement comme des équipements sont en réalité utilisées fréquemment comme des lits d'hospitalisation de façon à accroître la capacité de l'établissement. Cet usage conduit à une désorganisation des unités et à la multiplication des « hébergements » de patients par un secteur qui n'est pas celui qui le suit habituellement.

Enfin, les patients au long cours, bien que regroupés pour certains au sein d'une unité représentant en moyenne près d'un tiers des patients en hospitalisation complète, sont la source d'un faible taux de « turn-over » entre patients entrants et sortants. Cette difficulté est accentuée au sein du CH Montperrin par l'absence d'unité d'accueil et d'orientation intersectorielle.

Une amélioration de la prise en charge des pathologies de longue durée a néanmoins pu être observée ces dernières années par la création d'une unité spécifique, l'Unité psychiatrique de soins intensifs et de réhabilitation (UPSIR), et l'installation des patients Psychotiques Profondément Déficitaires Adultes au sein d'un pavillon spécialisé (PPDA).

L'établissement est confronté aujourd'hui à de nombreuses contraintes qui pèsent sur lui :

- une pression importante sur les lits d'hospitalisation complète
- la saturation des dispositifs de soins ambulatoires et de soins de longue durée
- des taux « d'inadéquations » d'hospitalisation et de DMS élevés
- une absence de solutions d'aval aux hospitalisations complètes.
- une difficile coopération entre les pôles d'activité médicale (l'établissement est composé de 12 Pôles médicaux qui représentent chacun un secteur de psychiatrie générale ou un intersecteur de pédopsychiatrie)
- une baisse de ses ressources relativement à l'augmentation de son activité
- des difficultés de recrutement de certains types de personnels médicaux et paramédicaux (psychiatres, infirmiers...) liées à la fois à la démographie professionnelle et aux conditions d'exercice proposées

La réduction des « inadéquations » d'hospitalisation constitue donc un enjeu organisationnel mais aussi financier. Elle pourrait permettre à terme le redéploiement de moyens sanitaires jusqu'alors alloués aux unités d'hospitalisation de longue durée vers les services de soins ambulatoires et d'hospitalisation complète de l'établissement.

En effet, la réorientation des patients en séjours longs vers des solutions alternatives à l'hospitalisation complète devrait permettre de libérer un certain nombre de lits obligeant les unités à se recentrer sur le traitement et la prise en charge des troubles psychiatriques aigus dans une dynamique de courts et moyens séjours.

En ce qui concerne les soins ambulatoires, le raisonnement stratégique est le même : plus l'hôpital parviendra à tisser des liens de coopération et de partenariat avec les institutions médico-sociales type ESAT, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, FO etc. sous l'angle de la prévention de l'hospitalisation et de la psychiatrie de liaison, plus les services de soins ambulatoires verront leurs missions se resserrer autour des patients souffrant de troubles psychiatriques mais dont l'insertion sociale et/ou familiale n'est pas forcément compromise.

Ainsi, la création de structures sociales et médico-sociales tout comme la reconversion des unités d'hospitalisation de longue durée devraient permettre d'observer une baisse de la DMS moyenne de l'établissement ainsi qu'une nette réduction des « inadéquations » d'hospitalisation.

Un exemple intéressant avait été donné en 2002 par la MNASM à l'occasion d'une étude relative aux longs séjours en psychiatrie : 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<sup>27</sup>.

La tension quant à la gestion des lits d'hospitalisation est donc supposée baisser avec ces choix stratégiques d'ouverture au champ médico-social (diminution présumée des « hébergements », augmentation de la capacité d'hospitalisation pour les « entrants »), ce qui pourrait inciter à une plus grande collaboration et mutualisation de moyens entre les pôles dans une vision davantage intersectorielle des modes de prise en charge.

Cela nécessite dès lors une réorganisation de l'offre de soins au sein de l'établissement davantage tournée vers l'hospitalisation courte et le renforcement des services de soins ambulatoires.

Sur la question des problèmes liés à la démographie professionnelle et au recrutement externe, là encore, l'ouverture au champ médico-social devrait favoriser l'emploi de personnels socio-éducatifs tels les Aides Médico Psychologiques (AMP), les éducateurs spécialisés, les moniteurs éducateurs, les conseillers en économie sociale et familiale etc., plus nombreux sur le marché du travail que les personnels soignants.

Le personnel médical, moins présent dans les structures et services sociaux et médico-sociaux devrait également pouvoir être re-déployé sur des missions hospitalières et davantage attiré par des modes de prises en charge graduées et des pratiques médicales innovantes inscrites véritablement dans le champ de la santé mentale.

---

<sup>27</sup> Rapport d'enquête de la MNASM (2002) *Les longs séjours en psychiatrie dans le département de l'Eure*.

### **2.1.3 Les enjeux financiers et la difficile coordination de la planification sanitaire et médico-sociale. De nouveaux partenaires pour l'hôpital.**

La question des « inadéquations » d'hospitalisation appelle nécessairement à se pencher sur ses enjeux financiers pour l'établissement public de santé qui, en ouvrant son champ d'activités au médico-social voit une certaine partie de ses financements transférés. Plusieurs niveaux de réflexion doivent être abordés afin de comprendre ces enjeux financiers.

Sur le plan national, « *Aujourd'hui, quand 100 euros sont consacrés à la santé, 10 le sont au médico-social et... 1 seul au social !* » écrit J.M. Miramon, directeur d'établissement médico-social<sup>28</sup>.

Les cloisonnements historiques de ces champs d'intervention ont abouti, avec la juxtaposition de législations sanitaires et sociales, à la multiplication de financements croisés des activités de promotion de la santé mentale.

Si l'activité hospitalière psychiatrique est financée sur l'enveloppe ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) de la loi de financement de la sécurité sociale, l'activité médico-sociale est dédiée en grande partie aux Conseils Généraux (enveloppe ONDAM médico-sociale allouée par la CNSA et financement propre) alors que l'intervention sociale auprès des publics en situation de précarité est, elle, financée sur des crédits Etat gérés par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Les EPSM traditionnellement financés par une Dotation Annuelle de Financement (DAF) calculée sur la base des prix de journée des hospitalisations complètes, de nuit et de jour se doivent, dès lors qu'ils s'ouvrent au champ médico-social d'intégrer des règles de financements et d'autorisation différentes de celles rencontrées dans le champ sanitaire.

La diversification des financeurs et des modes de tarification est une cause indéniable de complexification dans l'élaboration d'une stratégie financière pluriannuelle.

Le problème soulevé par les « inadéquations » d'hospitalisation en terme financier est qu'elles coûtent aujourd'hui fort cher à l'assurance maladie mais un transfert de ces patients vers des alternatives médico-sociales entraînent également un transfert de charges sur les collectivités territoriales. La problématique devient alors politique dans la mesure où le promoteur du changement n'a plus vocation à être le payeur.

---

<sup>28</sup> Jean-Marie MIRAMON (2005). Le métier de directeur : techniques et fictions. Ed. ENSP, Rennes, 3<sup>ème</sup> éd.

Toutes créations d'activités sociales et médico-sociales vont alors être dépendantes non plus seulement de la volonté du financeur actuel (l'ARH pour l'Assurance Maladie) mais aussi du financeur futur (DDASS et Conseils Généraux).

Pour autant, l'Etablissement public de santé mentale a semble-t-il une véritable carte à jouer dans cette diversification de ses ressources. La réorganisation présumée de l'offre de soins issue d'une politique d'ouverture au médico-social par l'inscription dans des réseaux et des coopérations, ou encore par la création d'établissements et services sociaux et médico-sociaux est l'occasion pour l'hôpital de redéployer ses moyens sanitaires non pas directement vers le médico-social mais bien vers le renforcement de ses équipements sanitaires. Ce redéploiement doit donc être l'enjeu de négociations avec l'ARH au moment de la signature du CPOM après approbation du projet d'établissement.

Enfin, à l'aube de l'arrivée des systèmes d'information médicalisée en psychiatrie (Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie et Valorisation des actes en Psychiatrie), nous verrons par la suite qu'il en va de l'intérêt des établissements d'optimiser dès maintenant les temps d'hospitalisation et les placements des patients dans des modes de prise en charge adaptés.

La réduction des « inadéquations » d'hospitalisation est donc devenue un enjeu de taille pour les politiques publiques tant elles semblent peser sur les dépenses d'assurance maladie et sur les enveloppes attribuées aux EPSM.

Le Sénat mènera d'ailleurs en 2008 une étude réalisée par l'Office parlementaire pour l'étude d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur la prise en charge psychiatrique en France et notamment sur les hospitalisations inadéquates relevant du secteur médico-social « *qui pèsent lourdement sur le fonctionnement des hôpitaux publics* » selon M. About, sénateur et vice-président de l'office responsable de cette étude<sup>29</sup>. Les conclusions de cette étude devraient être utilisées dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS).

Sur le plan de la planification, nous avons pu observer que le déploiement d'activités de santé mentale répondait à un ensemble de plans et programmes enchevêtrés d'initiateurs et de financeurs variés. Les collectivités territoriales et particulièrement les Conseils Généraux sont devenus des acteurs incontournables pour l'hôpital, ce qui pose souvent le problème de la « double casquette » des présidents de conseils d'administrations des CH départementaux qui sont de droit les présidents des Conseils Généraux.

---

<sup>29</sup> Office Parlementaire pour l'Etude d'Evaluation des Politiques de Santé. *Discours de présentation du cahier des charges relatif à l'étude sur les soins psychiatriques en France*. Intervention de M. Nicolas ABOUT, Sénateur et vice président de l'Office, 16 août 2007.

Malgré ces difficultés, il appartient bien à l'hôpital de développer à la fois des solutions d'amont mais aussi des solutions d'aval à l'hospitalisation complète en psychiatrie.

## **2.2 Des solutions d'amont à l'hospitalisation complète au long cours : le développement de la psychiatrie de liaison et les actions de coopération durable avec les institutions médico-sociales.**

Avant de tenter de résoudre le problème des «séjours longs » qui est souvent considéré comme un facteur « d'inadéquations » d'hospitalisation, il m'a semblé intéressant d'analyser cette question sous l'angle de la conséquence, du produit de ces hospitalisations « inadéquates » ou comment l'EPSM est-il en mesure de prévenir ces « inadéquations »?

Les pistes de réponse sont à chercher tout autant dans les solutions d'aval à l'hospitalisation que dans les solutions d'amont comme le partenariat, la coopération et la prévention.

### **2.2.1 Des réponses diversifiées de l'offre de soins nécessaires aux besoins nouveaux : vers une filière de soins psychiatriques**

Nous avons vu précédemment que les services de soins ambulatoires s'étaient considérablement développés dans les années 90 dans les établissements publics de santé mentale allant jusqu'à représenter aujourd'hui la grande majorité des files actives d'un établissement.

Si ces structures alternatives (CMP, CATTP, HDJ) permettent aujourd'hui un bon maillage territorial de l'offre de soins, elles souffrent d'un manque de mobilité et de réactivité qui ne leur permettent pas d'offrir des réponses brèves et intensives à des situations d'urgence pas plus que des réponses médico-sociales à des situations de désinsertion ou de « désautonomisation »

Or ces dispositifs de soins ambulatoires alternatifs devraient pouvoir répondre plus aisément aux besoins nouveaux d'accompagnement et de suivi « dans la cité » des personnes censées être hospitalisées de moins en moins longtemps et de moins en moins fréquemment.

Le CH Montperrin s'est donc orienté, comme de nombreux établissements psychiatriques, dans la recherche de solutions ajustées aux besoins nouveaux que rencontraient les services ambulatoires dès leurs premières évaluations.

L'Hospitalisation à Domicile, les appartements thérapeutiques, la création d'une équipe mobile santé précarité et plus récemment la création de lits « halte-soins-santé » auprès des CHRS sont autant d'exemples d'alternatives mises en place.

Ces structures qui permettent de faire une partie du travail de liaison et de réseaux peuvent intervenir aussi bien en amont de l'hospitalisation qu'en aval. En offrant des places à des patients handicapés psychiques en institutions et services sociaux et médico-sociaux, là encore, la logique opérée pour la question de la gestion des capacités d'hospitalisation se reproduit : les services de soins ambulatoires voient la charge de soins diminuer et peuvent se recentrer sur le suivi ambulatoire de courte et moyenne durée.

Le défi majeur des EPSM dans les années à venir se décline autour de la capacité ou non à créer un panier de soins psychiatriques adapté aux besoins de santé de la population.

La graduation des soins et l'individualisation des prises en charge passeront nécessairement par une concentration des moyens sanitaires sur les activités relevant réellement du soin.

Pour ce faire, une longue étape de réorganisation de l'offre de soins et de création de structures est nécessaire en permettant dès aujourd'hui, par le biais des coopérations et réseaux de s'inscrire dans une filière de soins gradués et adaptés.

La création dans un établissement de santé mentale d'unités « d'entrants » voir de « sortants, ou de préparation à la sortie » contribue également à développer cette graduation des soins.

L'EPSM Montperrin, dans son dernier projet d'établissement, a largement favorisé le renforcement des équipes de soins ambulatoires et la psychiatrie de liaison.

L'idée grandissante est d'intervenir de plus en plus dans une dynamique de prévention de l'hospitalisation notamment en coopérant avec les structures médico-sociales. Les équipes hospitalières sont ainsi sollicitées pour aller accompagner des équipes médico-sociales pour lesquelles les situations de souffrance psychique et de maladies psychiatriques sont souvent mal connues et mal gérées dans les institutions.

Un projet de géronto-psychiatrie est par exemple actuellement en cours de réalisation entre le CH Montperrin et le Centre de soins de gérontologie Saint-Thomas de Villeneuve à Aix-en-Provence.

Il existe déjà un hôpital de jour intersectoriel de géronto-psychiatrie de 12 places à Gardanne dont il est prévu qu'il déménage afin de le recentrer par rapport à la population qu'il dessert.

Ce transfert devrait permettre l'approfondissement de la coopération entre les deux établissements dans le cadre du Réseau gérontologique aixois associant le CH du pays d'Aix, en créant un pôle de compétences autour de la personne âgée.

Un dossier d'installation de cet hôpital de jour dans des locaux réaménagés du Centre Saint-Thomas de Villeneuve a d'ores et déjà été déposé à la demande du ministère auprès de l'ARH au titre des crédits du Plan Régional d'Investissement en Santé Mentale (PRISM).

Ce partenariat a vocation à s'étendre à la prise en charge globale de la personne âgée : somatique pour la clinique Saint-Thomas et psychiatrique pour le CH Montperrin. Ce projet s'inscrit dans le projet médical de territoire.

Un renforcement sensible des moyens humains pour la prise en charge des personnes âgées dans cet hôpital de jour et au titre de la géronto-psychiatrie de liaison a été obtenu dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens.

Ce type de projet et d'organisation des soins est une des solutions d'amont possibles à l'hospitalisation complète ; il est un exemple à développer pour la prise en charge de résidents de structures médico-sociales atteints d'un handicap psychique.

## **2.2.2 Les actions de collaboration et de coopération avec les partenaires institutionnels et associatifs.**

La recherche de solutions d'amont alternatives à l'hospitalisation passe inéluctablement par l'acquisition pour l'hôpital d'une culture du partenariat et de coopération avec les institutions et services sociaux et médico-sociaux. Si les réseaux informels sont ancrés dans les habitudes de travail des professionnels du champ de la santé mentale, ils ne sont parfois dépendants que des relations interpersonnelles entre professionnels et surtout rarement formalisés par des conventions de coopération.

Pourtant, un large éventail de formes de coopération est possible et permet à chacune des parties de se prémunir contre les risques de domination de l'un ou l'autre partenaire.

Pour l'hôpital, ces conventions avec les secteurs sociaux et médico-sociaux sont souvent gagées par une recherche de financements complémentaires et permettent donc d'instaurer une réelle dynamique de création de ressources nouvelles certes mises à disposition de partenaires mais dont l'hôpital peut profiter par les conséquences positives qu'elles créent en terme de prévention de l'hospitalisation.

Une deuxième opportunité pour l'hôpital est de créer ou de s'inscrire dans des réseaux de santé instaurés en 2002<sup>30</sup> pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires.

---

<sup>30</sup> Loi du 4 mars 2002. Décrets du 25 octobre et du 17 décembre 2002 précisant les modalités de financements de ces réseaux de santé et organisant leurs constitution, harmonisation et fonctionnement.

C'est au travers de ces réseaux (géronologiques, psychiatriques...) que vont pouvoir s'inscrire des filières de soins, c'est-à-dire des trajectoires concernant non pas une pathologie mais un malade.

Ces réseaux peuvent impliquer des établissements sociaux et médico-sociaux tels des CHRS, des EHPAD, des ESAT, des Foyers d'Hébergement, des SAVS ou SAMSAH etc.

L'hôpital peut jouer un rôle moteur dans la constitution de ces réseaux.

Quelques actions de coopération entre les différents champs d'intervention sont à favoriser dans le cadre de la lutte en amont comme en aval contre les « inadéquations » d'hospitalisation :

- la connaissance des structures environnantes
- l'organisation de filières de sortie (travail de la psychiatrie en filière sociale et médico-sociale, adhésion à un GCSMS...)
- la mise en place de formations (dans le cadre du PRSP, des formations peuvent être organisées par les équipes de psychiatrie à destination de ses partenaires)
- la collaboration avec la commission départementale des droits et de l'autonomie
- la collaboration avec les collectivités territoriales
- la mise en place de réseaux de santé mentale
- la création de structures et la gestion déléguée

Ces solutions élaborées exigent un multipartenariat entre les services de psychiatrie, les promoteurs des structures sociales et médico-sociales, les services de soutien à domicile, les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux, ; les associations d'usagers et de proches (groupes d'entraide mutuelle)...

D'un point de vue stratégique, l'établissement public de santé a tout intérêt à élaborer de nombreux partenariats et conventions mais en gardant une certaine autonomie vis-à-vis de ses partenaires. En effet, l'EPSM se doit de développer des actions de collaboration en matière de prise en charge mais n'a pas vocation à soutenir économiquement les équipements médico-sociaux. La formule du GCSMS est dès lors souvent considérée comme trop lourde voire trop engageante par les établissements de santé qui ne ressentent pas le besoin d'une mutualisation de moyens avec leurs homologues des secteurs social et médico-social.

Une simple adhésion à ce type de groupements semble préférable, si le besoin apparaît dans ce sens, pour s'inscrire durablement dans une filière d'amont à l'hospitalisation.

## **2.3 Des solutions d'aval à l'hospitalisation : l'exemple de la création de deux structures médico-sociales : genèse du projet et mise en œuvre institutionnelle**

### **2.3.1 Les réponses sanitaires et l'opportunité pour les établissements hospitaliers de créer des structures sociales et médico-sociales**

Il ressort des constats et analyses précédents que même si la question des « inadéquations » d'hospitalisation est bien un problème à traiter aussi bien en amont qu'en aval, le traitement en aval est incontournable pour repositionner stratégiquement l'EPSM sur son activité sanitaire.

Les alternatives aux hospitalisations longues sont nombreuses et celles citées précédemment en ce qui concerne les solutions d'amont jouent très souvent un double rôle vis-à-vis de la réduction des « inadéquations ».

Outre le renforcement des structures de soins ambulatoires traditionnelles et la création de formes d'accompagnement innovantes à domicile, les établissements publics de santé ont l'opportunité de créer et de gérer des structures sociales et médico-sociales. Cette possibilité a suscité des avis et des positions partagés notamment en ce qui concerne la capacité de l'hôpital à faire émerger de véritables projets de vie et d'accompagnement en contrepoint d'un projet de soin.

Pour autant, les établissements hospitaliers sont incités à être porteurs de ces projets sociaux et médico-sociaux tant au regard des différentes planifications sanitaires et sociales qu'à celui des recommandations de la MNASM<sup>31</sup> reprises par les professionnels des administrations déconcentrées de l'Etat.

Si la MNASM recommande la délégation de gestion de ces structures à des associations, elle n'exclut pas la gestion directe sous la condition d'instaurer une réelle « bascule » vers la culture du médico-social pour ces structures (en terme de qualifications, de mode de prise en charge, d'intégration de l'usager et de sa famille...). Dans tous les cas, l'hôpital a un rôle à jouer dans l'élaboration du projet d'établissement et le suivi des personnes accueillies.

Cette solution peut également être déployée comme un palliatif en l'absence de structure médico-sociale porteuse de projet dans le territoire de santé.

Effectivement, la situation autour des « inadéquations » peut rapidement se figer sur un territoire donné : les patients pour lesquels une demande d'orientation a été instruite par

---

<sup>31</sup> MNASM (2001). *Guide méthodologique de création de structures sociales et médico-sociales par un établissement de santé : principes généraux et modalités d'application dans le domaine de la santé mentale.*

la Maison Départementale du Handicap sont en attente d'une acceptation par une autre institution et le fait d'être hospitalisé en psychiatrie entraîne des réticences majeures de la part des structures médico-sociales elles aussi confrontées à un grand nombre de demandeurs Ce processus prend d'autant plus d'importance dans un contexte de faible développement des réseaux et coopérations.

« Si la psychiatrie a rempli, historiquement une fonction d'hébergement pour des patients sans autre solution d'accueil, leur prise en charge, actuellement, manque cruellement de structures adaptées. Ces problèmes spécifiques ne peuvent être abordés que par une articulation forte entre le sanitaire et le social et l'implication des hôpitaux dans la création de structures »<sup>32</sup> écrivait la MNASM en 2001.

Les modalités particulières de création et de gestion des établissements sociaux et médico-sociaux issues de la loi du 2 janvier 2002<sup>33</sup> doivent donc être intégrées par les EPSM pour déposer devant les Comités Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) leurs dossiers de demandes de création d'établissements et/ou services.

L'hôpital est sollicité par les partenaires de son environnement et encouragé par l'ARH à créer lui-même certaines structures dont la pénurie est avérée et préoccupante.

En ce qui concerne le CH Montperrin, trois projets alternatifs à l'hospitalisation longue ou en aval de celle-ci inscrits au projet d'établissement 2006-2011 sont actuellement en cours de réalisation

Ils sont de deux ordres. Il s'agit d'abord d'un nouveau type de prise en charge, l'hospitalisation à domicile, et ensuite, de la « création de lieux de vie pour des patients hospitalisés au long cours ou de façon récurrente en raison de leur incapacité à vivre, de façon autonome, dans un logement indépendant »<sup>34</sup>.

En plus de la création d'une unité bisectorielle d'HAD, le CM Montperrin s'est donc lancé dans les projets de création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé et d'une Résidence d'accueil à vocation psychiatrique.

A l'occasion de mes stages hospitaliers, j'ai eu la charge de ces dossiers et ai pu conduire le chantier de l'élaboration du dossier FAM pour sa présentation au CROSMS.

Ces deux exemples devraient permettre d'illustrer des solutions mises en œuvre sur le plan institutionnel pour amener des éléments de réponse au problème des « inadéquations » d'hospitalisation.

---

<sup>32</sup> Idem

<sup>33</sup> La loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>34</sup> Projet d'établissement 2006-2011. *Projet Médical*. CH Montperrin

### **2.3.2 Le Foyer d'Accueil Médicalisé pour adultes handicapés psychiques**

La volonté de créer une structure médico-sociale d'aval à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie adulte se justifie par une cohérence d'ensemble du projet d'établissement. Celui-ci est inscrit dans les attentes en terme de planification et dans une démarche d'amélioration des réponses aux besoins de santé mentale de la population présente sur le territoire de santé Bouches-du-Rhône Nord, territoire fortement marqué par une pénurie de places dans le secteur médico-social en matière de prise en charge des personnes handicapées psychiques<sup>35</sup>.

C'est autour de ce projet de création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé que l'établissement s'est mobilisé depuis début 2007 en réalisant un travail d'évaluation des besoins, de définition des catégories de bénéficiaires, de concertation avec la communauté médicale et soignante et de constitution de groupes de travail autour du pré-projet d'établissement.

Le projet d'ouverture d'un FAM s'inscrit directement dans une volonté d'améliorer l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale en adéquation avec les besoins d'adultes souffrant d'un handicap psychique sévère.

Localisé sur le site hospitalier mais bénéficiant d'un accès direct sur l'extérieur de l'hôpital, le FAM devrait accueillir 42 résidents dont la grande majorité devrait être issue de l'hospitalisation longue.

Une étude des besoins a été réalisée dans l'établissement par les trois médecins promoteurs du projet et il y est relevé que les patients pour lesquels les médecins psychiatres de l'établissement préconisent une orientation en Foyer d'accueil médicalisé souffrent, pour la majorité d'entre eux de schizophrénie avec des symptômes déficitaires. Il s'agit d'adultes hommes et femmes avec une prépondérance d'hommes entre 25 et 60 ans dont la dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et un encadrement constant.

La définition de catégories de bénéficiaires et les études des besoins qui ont été réalisées au sein du CH Montperrin ont conduit à construire un pré projet d'établissement du Foyer d'Accueil Médicalisé.

Un groupe de travail constitué de professionnels de qualifications et d'horizons divers a donc élaboré ce pré projet articulé autour des trois axes suivants :

- L'accompagnement et la prise en charge de la personne handicapée psychique
- Les conditions d'accueil et de séjour
- Le fonctionnement de la structure.

---

<sup>35</sup> Etude ARH PACA. 2005. « séjours longs »

Le projet de vie du résident, central dans sa prise en charge médico-sociale, se décline au travers d'un projet personnalisé dont la finalité est de tendre vers une prise en charge holistique de chaque résident, tant au niveau individuel qu'au niveau groupal. Sa méthodologie passe par le recueil des informations permettant d'évaluer la nature des troubles et d'émettre des hypothèses de compréhension quant à leurs effets dans la vie courante en termes de capacité ou d'incapacité à « faire » ou à « être ».

Le projet personnalisé permet de globaliser et de recentrer les interventions de l'ensemble des acteurs sur le résident.

Des objectifs thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques et sociaux ont été définis précisément dans ce projet.

Sur le plan du personnel, un travail important a été réalisé sur la composition des futures équipes pluridisciplinaires (Cf. Annexe V). Elles devraient être résolument tournées vers les compétences médico-sociales et le FAM pourrait être constitué de personnels socio-éducatifs supérieurs en nombre aux personnels soignants (Educateurs spécialisés, Moniteurs éducateurs, AMP...).

Stratégiquement, le CH Montperrin a souhaité « garder » la main sur cet établissement en prévoyant une gestion directe et un encadrement par un Cadre Supérieur Socio-Educatif. Son financement sera assuré par une double tarification : un tarif soins financé par l'assurance maladie et un tarif hébergement supporté par le Conseil Général en grande partie (les résidents étant quasiment tous bénéficiaires de l'ex AAH , une réversion est appliquée pour ce tarif).

Après être passé dans une phase d'élaboration du dossier, de communication auprès de l'ensemble des agents de l'hôpital (cf. Annexe VI), de concertation auprès des professionnels médicaux et paramédicaux, pour la réalisation de ce projet tant sous ses aspects stratégiques, de fonctionnement, que sous l'angle technique et architectural, le projet arrive aujourd'hui dans sa phase de négociations auprès des instances et de recherche de financement particulièrement auprès du Conseil Général dont le schéma de planification des installations pour personnes handicapées est en décalage avec la planification sanitaire.

Nous verrons au cours des parties suivantes les différents enjeux institutionnels qui peuvent se manifester lors de l'élaboration d'un tel projet.

### **2.3.3 La Résidence d'Accueil pour personnes souffrant de maladies psychiques et rencontrant des difficultés d'insertion sociale et professionnelle**

Le projet de création de cette résidence d'accueil spécialisée s'inscrit lui aussi dans une recherche de solutions d'aval aux inadéquations d'hospitalisation.

Il est né d'une demande d'intervention sociale, les patients hospitalisés au long cours stabilisés restant souvent « hébergés » à l'hôpital par manque de solutions d'hébergement en milieu ordinaire, et dont les troubles rendent difficile l'accès à l'autonomie complète.

Dans la circulaire du 6 décembre 2002, les maisons - relais sont définies comme « *des structures de taille réduite associant logements privatifs et espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec les hôtes* »<sup>36</sup>.

Elles sont destinées « *à l'accueil de personnes de faible niveau de ressources...dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire* » et s'inscrivent dans une logique « *d'habitat durable* ».

Le *Plan de Santé Mentale*, dans son volet logement, développe la notion de maison relais et insiste sur la nécessité de permettre leur accès aux personnes atteintes de troubles et handicaps psychiques.

Le *Plan de cohésion sociale* 2006 (dit « Plan Borloo ») prévoit également la création de 4000 places en maison relais.

Depuis, la circulaire 2006-13 du 1<sup>er</sup> mars 2006 complétée par celle du 30 mars 2006<sup>37</sup> a prévu un dispositif expérimental spécifique de maisons-relais à vocation psychiatrique, ce qui a amené l'établissement à proposer la création de cette structure de 20 places environs ; cette fois, en partenariat avec l'Association pour le Logement en Pays d'Aix (ALPA) qui possède une solide expérience dans le champ de l'intervention sociale.

Une enquête réalisée en 2002 par l'ALPA, et à laquelle le Centre hospitalier Montperrin avait très largement participé, avait démontré le besoin de logements aidés pour des patients multipliant les hospitalisations de façon continue ou discontinue et dont les troubles du comportement, faute d'un étayage soignant et social suffisamment proche les amenaient à connaître des difficultés relationnelles avec leurs bailleurs et voisins et à devoir être ré-hospitalisés en situation de crise, parfois par une mesure de contrainte.

---

<sup>36</sup> Circulaire DGAS du 6 décembre 2002 relative à la création de « Maisons Relais »

<sup>37</sup> Circulaire 2006-13 UHC/IUH2 du 1<sup>er</sup> mars 2006 et circ. DGS/DHOS/DGAS/CNSA n°149 du 30 mars 2006

Une convention de gestion devrait donc être établie avec l'association dès lors que le bâtiment sera construit par l'hôpital (en 2008 selon le calendrier prévisionnel) et fera l'objet d'une redevance par l'association.

Le travail de coopération avec l'association s'est déroulé tout au long de l'avancement du projet. Il a été le gage d'une pérennisation durable de ce partenariat avec « le social »..

### **3 Propositions de réponses aux enjeux de la réduction des «inadéquations» d'hospitalisation: les EPSM au cœur de la redéfinition de l'offre sanitaire et médico-sociale pour les patients accueillis au long cours en psychiatrie.**

Au regard de l'analyse des problèmes rencontrés par les établissements publics de santé face à la question des « inadéquations », des stratégies mises en œuvre et des enjeux institutionnels liés à l'ouverture au champ médico-social, il m'a semblé opportun d'élaborer maintenant des propositions de réponses à cette problématique à la fois stratégiques, institutionnelles et managériales autour de la redéfinition de l'offre sanitaire et médico-sociale déployée par les EPSM.

#### **3.1 Le projet d'établissement comme élément central de la dynamique d'ouverture de l'établissement au champ médico-social**

##### **3.1.1 L'élaboration d'un diagnostic partagé et la mobilisation des acteurs pour une évaluation pertinente des besoins en interne et en externe**

Créer une dynamique d'ouverture au champ médico-social dans un établissement public de santé mentale ne naît ni de la volonté des décideurs hospitaliers contraints d'optimiser la gestion des lits d'hospitalisation, ni de celle d'individus isolés, médecins ou cadres porteurs de projets mais bien de la réunion d'attentes, de besoins, de souhaits de voir changer l'organisation de l'offre de soins à partir d'un diagnostic partagé par le plus grand nombre au sein de l'établissement et hors de l'institution.

Comme nous avons pu le voir précédemment dans les exemples de créations de structures médico-sociales, des évaluations de besoins sont absolument nécessaires à toute réalisation de projets en ceci qu'elles permettent à chacun des acteurs ayant à s'impliquer ou à décider de l'opportunité de tel ou tel projet de se faire une idée commune de l'état de l'existant et de l'identification du problème.

Préalablement à toute définition de projets susceptibles de répondre aux besoins de l'établissement en termes de développement d'alternatives à l'hospitalisation, il appartient donc au directeur d'hôpital d'élaborer un diagnostic stratégique partagé et transparent.

Un diagnostic interne et externe se doit donc d'être réalisé préalablement à toute réflexion sur les objectifs et les choix stratégiques afin:

- d'identifier les forces et les faiblesses ainsi que les opportunités et les menaces de l'établissement et des différents secteurs d'activité ;
- d'analyser le rôle et la place de l'établissement dans son territoire de santé ;
- de répertorier les opportunités de complémentarité (filiales, réseaux).

A partir de ce diagnostic et avec l'appui des études de besoins réalisées aussi bien en interne (Collège d'Information Médicale, Direction de la Qualité, Responsables de pôle...) qu'en externe (audits externes, éléments de planification et de programmation, enquêtes épidémiologiques et de santé publique nationales et régionales...), l'établissement va être à même d'élaborer un certain nombre de projets institutionnels qui s'inscriront plus largement au sein du projet d'établissement.

Leur concordance avec le projet médical, le projet de soins, le projet social, le projet de gestion, le projet de communication et le projet financier de l'établissement sont évidemment requises, ce qui rend nécessaire la concertation autour de ces projets lors de la phase d'élaboration du projet d'établissement de l'hôpital.

Ainsi comme le stipule la circulaire du 20 février 1997 « *bien que les établissements de santé aient la possibilité de créer directement une structure sociale ou médico-sociale, il est tout à fait souhaitable que les missions spécifiques et les modes de fonctionnement propres à ladite structure soient prises en compte dans le cadre du projet d'établissement, prévu à l'article L.6143-1 et L.6143-2 du code de la santé publique* »<sup>38</sup>.

De plus, toute réflexion sur une prise en charge médico-sociale, comprenant éventuellement une transformation de lits d'hospitalisation psychiatrique, intervient dans un contexte institutionnel précis, aboutissement d'une réflexion interne à l'EPSM, mais s'inscrit également dans le contexte plus large de la politique de santé mentale déclinée au niveau national et territorial.

---

<sup>38</sup> Circulaire DGAS du 20 février 1997 relative aux modalités de gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux gérés par des établissements publics de santé.

L'implication des établissements publics de santé mentale dans l'évaluation des besoins sur les territoires de santé dont ils dépendent et leur participation à la planification sanitaire et médico-sociale est donc indispensable.

Le développement et la diversification des réponses médico-sociales étant conditionnés par la mobilisation du Conseil Général, il devient urgent pour les EPSM d'être davantage associés au processus de planification en la matière.

Le développement de réseaux interpersonnels et de contacts réguliers avec les partenaires amenés à financer ces nouvelles activités sont donc utiles au directeur d'hôpital pour repositionner l'établissement dans un environnement sanitaire territorialisé. Aujourd'hui, l'absence d'approche commune et de diagnostic partagé semble constituer un obstacle à la mobilisation des acteurs du conseil général sur la problématique et donc à l'inscription de réponses dans la programmation des schémas et plans correspondants.

### **3.1.2 L'inscription du projet d'établissement dans son environnement : vers une meilleure prise en charge des patients**

La redéfinition de l'offre sanitaire et médico-sociale pour les patients accueillis au long cours en psychiatrie passe aujourd'hui inéluctablement par l'inscription du projet d'établissement du centre hospitalier dans son environnement, c'est-à-dire compte tenu des structures sociales et médico-sociales existantes, des attentes des pouvoirs publics locaux, des associations, et des réseaux sociaux et de santé.

L'articulation des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux passe par un enjeu de taille : réinscrire l'hôpital dans une dynamique d'ouverture sur l'extérieur et de collaboration accrue avec ses partenaires tout en évitant la « psychiatisation » des structures médico-sociales et en sortant de « l'hospitalocentrisme » encore développé en matière de santé mentale.

A l'inverse, le champ médico-social a lui-même des réticences à développer d'étroites collaborations avec un partenaire qui a souvent fait défaut auprès de lui..

Ainsi Marcel Jaeger pose-t-il la question : « *Comment penser aujourd'hui une articulation opérationnelle entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social qui ne soit pas une instrumentalisation de l'un par l'autre et, donc, qui soit supportable pour l'un et l'autre ? Comment développer la capacité à passer la main et éviter que chacun, confronté à ses limites, ne s' imagine, soit être dépossédé de ses compétences, soit ne pas trouver d'interlocuteur suffisamment légitime. La plus mauvaise des positions est de*

*mettre en avant sa responsabilité dans un engagement sans fin, au nom des carences supposées des autres acteurs »<sup>39</sup>*

La stratégie d'établissement, fruit de la concertation et de l'évaluation des besoins actuels et futurs, traduite dans le projet d'établissement doit donc éviter deux écueils :

- Tenter de palier durablement aux besoins sociaux et médico-sociaux en lieu et place des acteurs concernés ;
- Se dépourvoir de moyens sanitaires alloués à l'activité hospitalière.

Pour ce faire, l'établissement doit clarifier son positionnement vis-à-vis de l'ouverture de son activité au champ médico-social en déterminant des modalités de coopération pertinentes et efficaces avec les partenaires d'une part, et en s'orientant stratégiquement vers des modalités de gestion lui permettant une emprise directe ou une délégation de gestion selon la configuration du projet, la nature de l'activité, les attentes des secteurs et l'évaluation prospective de l'évolution des files actives.

La direction d'un EPSM doit donc statuer sur toutes ces modalités non pas seulement en fonction des coûts d'investissement et d'exploitation mais aussi en fonction d'une vision stratégique à moyen et long terme de l'évolution de la place et du rôle que souhaite jouer l'établissement sur son territoire de santé.

### **3.1.3 Vers la création de pôles d'activités médico-sociales au sein des Etablissements publics de Santé Mentale.**

La multiplication des établissements et services sociaux et médico-sociaux créés et gérés par des EPSM a conduit certains établissements à profiter de la réforme de la nouvelle gouvernance<sup>40</sup> et de la mise en place de pôles d'activités médicales pour modifier leur organisation interne.

En effet, trois raisons principales semblent justifier la constitution d'un pôle d'activités médico-sociales :

- la multiplication des structures médico-sociales et des partenariats au sein de l'EPSM

---

<sup>39</sup> Marcel JAEGER. (2006). *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. Ed. Dunod

<sup>40</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et Ordonnance n°2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la FPH.

- le souhait de développer l'intersectorialité des prises en charge pour les patients hospitalisés au long cours (moyen stratégique d'immiscer une plus grande collaboration entre les responsables de pôle)
- la volonté de mutualiser les moyens alloués aux activités médico-sociales
- l'ambition d'afficher l'articulation du sanitaire avec le médico-social comme une priorité institutionnelle.

Ces quatre facteurs ont été réunis dans le cadre de la réorganisation interne du Centre Hospitalier de Montfavet, Etablissement public de santé mentale du département du Vaucluse en région PACA que j'ai eu l'occasion de visiter.

M. Gérard Mosnier, Directeur du CH de Montfavet et secrétaire général de l'Association des Directeurs d'Etablissements de Santé Mentale (ADESM) avec qui j'ai pu réaliser un entretien à l'occasion de la réalisation de ce mémoire analyse la question en ces termes : « Avec la gestion directe de cinq établissements médico-sociaux pour 178 places et le projet de créer cinq nouveaux services et établissements dans les années à venir, le CH Montfavet se devait d'identifier et de revendiquer enfin clairement son ouverture au médico-social par la création d'un pôle dédié »<sup>41</sup>.

En effet, cet EPSM d'une taille semblable au CH Montperrin s'est illustré dans le paysage hospitalier de la santé mentale depuis quelques années par une politique volontariste d'ouverture au champ médico-social en créant : une MAS de 60 places, un ESAT de 50 places, un Foyer d'Hébergement de 20 places, un Foyer occupationnel de 32 places, un CHRS de 16 places, tout ceci progressivement de 1996 à aujourd'hui.

En projet, reste l'ouverture : d'un SAVS, d'un SAMSAH en direction des personnes âgées, d'un FAM, d'un Hôtel social, et d'une Maison de retraite pour handicapés psychiques.

Ces activités qui représentent plus de 10% de l'activité hospitalière en terme d'activité ont permis une réorganisation profonde de l'offre de soins hospitalière en effectuant des transferts importants de patients vers le médico-social.

Le choix de regrouper tout ce champ d'activité au sein d'un pôle lui confère une lisibilité et constitue un symbole de différenciation du sanitaire, une identification précise de ses missions complémentaires.

Enfin, la mutualisation recherchée des moyens entre ces structures sociales et médico-sociales est un des facteurs de constitution du pôle.

L'identification au sein d'un EPSM du champ d'intervention médico-sociale à travers la constitution d'un pôle dédié semble être une initiative pertinente dans la mesure

où elle clarifie les missions de chacun des acteurs et services et se positionne parallèlement à l'évolution des services d'hospitalisation et de soins ambulatoires.

La constitution d'un pôle médico-social permet également de mutualiser les moyens affectés à la lutte contre les « inadéquations » d'hospitalisation en développant l'intersectorialité et la coopération inter pôles.

Les activités médico-sociales rassemblées au sein de ce pôle peuvent alors bénéficier de moyens mutualisés (notamment en terme d'encadrement et de suivi administratif) et faire l'objet d'évaluations différenciées de celles pratiquées sur les activités de soins.

Enfin, tout le travail d'élaboration et de suivi des coopérations dans le champ médico-social peut ainsi être piloté par une direction unique dont les orientations s'inscrivent dans la stratégie globale de l'établissement.

### **3.2 Du redéploiement à la création d'activités nouvelles : vers une meilleure gestion des capacités d'hospitalisation**

L'amélioration de la qualité des prises en charge médico-sociales des patients souffrant de troubles psychiatriques et/ou atteints d'un handicap psychique par la réduction des « inadéquations » d'hospitalisation présente l'avantage supplémentaire d'engendrer une meilleure gestion des capacités d'hospitalisation.

En effet, l'ouverture au médico-social peut constituer une véritable opportunité en terme d'optimisation des capacités hospitalières vouées à voir évoluer en profondeur les pratiques et les organisations. Du redéploiement de moyens à la création d'activités nouvelles, l'ouverture au médico-social doit s'opérer au service d'une meilleure offre de soins fournie par l'hôpital. Il en va de la responsabilité du directeur d'hôpital que de transformer la « contrainte » des hospitalisations « inadéquates » en opportunité de repositionnement stratégique de son établissement.

De plus, à l'heure du développement des systèmes d'information médicalisée et de l'introduction du RIMPsy et de la VAP, la réduction des « inadéquations » est un chantier urgent à mener pour les établissements publics de santé mentale.

#### **3.2.1 L'ouverture au médico-social comme levier de changement des pratiques et des organisations**

Depuis la mise en œuvre de la politique de développement massif des soins ambulatoires, les EPSM avaient atteints à la fin des années 90 leurs objectifs de

---

<sup>41</sup> M. Mosnier Gérard, Directeur du CH Montfavet, secrétaire général de l'ADESM.

« désinstitutionnalisation » et d'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur avec la sortie de nombreux patients.

Les années 2000 ont été marquées par le « boom » de la demande de soins psychiatriques, le développement des soins ambulatoires ayant « popularisé » la prise en charge en santé mentale, et par la place grandissante reconnue aux personnes handicapées notamment handicapées psychiques.

Les lois de 2002 concernant les droits des usagers du système de santé et de l'action sociale et médico-sociale<sup>42</sup> ont obligé les établissements hospitaliers à « repenser » la place du malade tout comme elles ont permis au champ médico-social de se professionnaliser et de garantir des droits importants aux bénéficiaires. Enfin, la loi « handicap » de 2005<sup>43</sup> a pour sa part fait reconsidérer la question de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes handicapées notamment en terme de financement.

L'ouverture au médico-social a constitué un excellent levier à l'évolution des pratiques professionnelles et a été l'occasion d'une mobilisation des acteurs de santé autour d'orientations nouvelles à apporter à l'hôpital, les soins ambulatoires ayant eux-mêmes trouvé leurs limites dans l'intervention post-hospitalisation.

Au CH Montperrin, cette ouverture s'est faite très progressivement par la requalification de certains services de soins. Ainsi, la communauté médicale de l'établissement étant assez réticente à une articulation accrue entre les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux il y a encore quelques années, la direction avait pu créer grâce à la collaboration de médecins une unité intersectorielle pour patients psychotiques profondément déficitaires adultes (PPDA) et une unité psychiatrique de soins intensifs et de réhabilitation (UPSIR).

Ces deux unités accueillent en fait selon la typologie des patients qui y séjournent, un public rencontré ordinairement en MAS pour les PPDA et en FAM pour l'UPSIR.

Même si les prises en charge dispensées ont une connotation très sanitaire et bénéficient de taux d'encadrement élevés, elles s'inscrivent davantage dans une intervention médico-sociale que purement sanitaire. Ces pavillons peuvent constituer des transitions intéressantes pour les patients et pour les équipes soignantes et médicales parfois encore timorées à l'idée de transférer certains patients vers le médico-social.

---

<sup>42</sup> Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>43</sup> Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Le projet FAM actuellement en cours de réalisation devrait bénéficier aux patients de l'UPSIR dans leur grande majorité, les moyens de ce service devant être redéployés vers le renforcement d'une unité d'hospitalisation complète actuellement sous-équipée.

Au-delà de cet exemple, il paraît évident que l'attachement d'un établissement à s'emparer du problème des longs séjours dépend de la « santé » de son organisation et de l'actualisation des pratiques en santé mentale de la part des praticiens et soignants. L'ouverture au médico-social constitue un outil intéressant pour influencer sur celles-ci.

### **3.2.2 Le redéploiement de moyens au service d'une meilleure offre de soins**

Les décideurs hospitaliers sont incités depuis quelques années à rationaliser l'offre de soins hospitalière dans un contexte de diminution des ressources nécessaires au développement de l'activité des EPSM.

Face à une demande accrue de la part des financeurs et des organismes de tutelle de réduction des lits d'hospitalisation, ils sont face à un paradoxe du fait d'unités d'hospitalisations complètes régulièrement saturées et de la demande récurrente d'un certain nombre de personnels médicaux et non médicaux et d'associations d'usagers d'augmenter la capacité en lits de l'établissement.

Pour Mireille Creisson, médecin inspecteur DRASS, la question de la réduction des lits d'hospitalisation complète est souvent abordée de façon erronée ou incomplète. La question des objectifs quantifiés par territoire de santé en annexe du SROS III qui prévoyait une réduction des lits en psychiatrie a soulevé de nombreuses contestations dans les EPSM.

Or pour le Dr Creisson, il ne s'agissait pas d'une diminution mais une conversion des moyens alloués à l'hospitalisation. Elle reconnaît la nécessité du maintien d'équipements d'hospitalisation complète pour soigner les troubles psychiatriques aigus mais refuse de considérer qu'elle doit être la solution première aux besoins de santé mentale.

Pour elle « l'hospitalisation n'est qu'un temps dans la vie du patient »<sup>44</sup> et il est dorénavant nécessaire que celui-ci s'inscrive dans une filière de soins gradués et diversifiés que les EPSM ont l'obligation de mettre en œuvre. Enfin, elle considère que 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.

---

<sup>44</sup> Dr Mireille CREISSON, médecin inspecteur DRASS PACA.

Le transfert de patients vers les filières médico-sociales devrait donc à terme atténuer la tension rencontrée autour de la gestion des capacités d'hospitalisation mais risque de s'étaler dans le temps vu la complexité administrative rencontrée pour élaborer des demandes d'autorisation de création d'équipements médico-sociaux et la difficile coordination des planifications sanitaires et sociales.

La réorganisation de l'offre de soins doit néanmoins s'amorcer en parallèle de la politique d'ouverture au champ médico-social. Elle peut justement être impulsée par une volonté de trouver des réponses à court terme au problème des « inadéquations » pendant que l'établissement construit sa stratégie de développement d'alternatives sur le moyen et long terme

L'idée de favoriser l'intersectorialité, de mutualiser des moyens entre pôles, de créer une unité « d'entrants » pour l'ensemble de l'établissement est alors porteuse de transformation des pratiques censées améliorer notablement la qualité des soins.

Le redéploiement à proprement parler des moyens sanitaires lors du développement d'alternatives à l'hospitalisation peut être lui-même à vocation sanitaire, pour renforcer telle équipe de soins ambulatoires ou telle unité d'hospitalisation.

Il est un enjeu stratégique pour l'établissement qui, s'il veut conserver ses moyens sanitaires peut soit confier la gestion d'établissements ou structures médico-sociales à des partenaires associatifs (rendant alors plus transparente l'opération de transfert de patients, ceux-ci n'étant pas censés être les seuls bénéficiaires de ces alternatives), soit conserver une réelle dynamique de projets autour des services d'hospitalisation et de soins ambulatoires.

Parallèlement au développement du médico-social, les EPSM ont tout intérêt à diversifier leur offre de soins, à proposer des projets innovants, à s'inscrire dans les priorités sanitaires territoriales afin d'émarger sur de nouveaux crédits ou de redéployer ses moyens vers les alternatives sanitaires.

L'inscription d'une ouverture marquée vers le champ médico-social doit donc s'accompagner d'une dynamique institutionnelle de réorganisation des filières de soins traditionnelles.

### **3.2.3 La question des « inadéquations » d'hospitalisation à l'heure du développement des systèmes d'information médicalisée**

Evoquer la question du développement des systèmes d'information médicalisée dans une réflexion sur le problème des « inadéquations » d'hospitalisation peut sembler à première vue inopportun.

Pourtant, ces deux questions sont étroitement liées et à l'heure de l'extension du financement par tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé couvrant les disciplines MCO, la psychiatrie a devant elle un défi majeur à relever en matière de recueil d'informations sur les prises en charge et de tarification de ses activités.

Le financement par dotation annuelle de financement des EPSM mutualise actuellement l'ensemble des dépenses de l'intra et de l'extra-hospitalier sans différencier le coût des différentes hospitalisations complètes qu'elles soient de courte ou de longue durée.

Les « inadéquations » d'hospitalisation que sont les longs séjours ne pèsent donc aucunement sur le financement de l'activité hospitalière.

Près de 20 ans après l'arrivée du PMSI en 1986 pour les soins somatiques, le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) a été mis en place à titre expérimental en 2006<sup>45</sup>. Il est destiné à mesurer le plus finement possible l'activité des établissements de santé mentale. Il est aussi un outil d'évaluation médico économique qui devrait être utilisé dans le cadre de la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), sorte de pendant de la T2A en psychiatrie.

Les professionnels et le ministère de la santé sont en effet en attente d'un financement rénové de la psychiatrie, un modèle pluraliste à plusieurs compartiments, qui assurera la valorisation de l'activité en psychiatrie (activité de soin, mise en œuvre des Missions d'Intérêt Général communes ou spécifiques à la psychiatrie, tarification à l'activité, prise en compte de critères géographiques et populationnels).

Les éléments objectifs fournis par le RIM-P devraient permettre d'asseoir le financement du compartiment relatif à l'activité d'hospitalisation et ambulatoire.

Le codage de l'activité, s'il est une excellente chose en matière de recueil d'informations quant à l'activité des établissements afin d'évaluer l'adéquation entre les besoins et les ressources allouées présente aussi l'inconvénient pour de nombreux EPSM d'identifier assez nettement les « inadéquations » d'hospitalisation repérés par ce système d'information au travers des séjours longs. Cette identification peut présenter un désavantage sur le plan financier (et un moteur de changements) si comme pour les séjours MCO en financement T2A, les séjours longs sont « pénalisés » financièrement par une facturation minorée au delà d'une certaine DMS.

Les directions des EPSM doivent donc porter un intérêt grandissant à la question de la réduction des « inadéquations » dans cette optique de développement de la

---

<sup>45</sup> Arrêté du 29 juin 2006 mettant en place le recueil d'information médicalisée en psychiatrie à titre expérimental

tarification à l'activité si elles ne veulent pas voir les financements des hospitalisations complètes grevés par des prises en charge coûteuses et vouées à être de moins en moins valorisées financièrement.

A l'inverse, le codage d'actes particuliers de l'activité ambulatoire devrait inciter les équipes de secteur à développer des actions de coopération avec les structures médico-sociales tant dans le suivi de résidents que dans le soutien aux équipes de professionnels. Par exemple, « les interventions et/ou activités dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec ou sans hébergement de la part des équipes de psychiatrie »<sup>46</sup> devraient relever d'un code spécifique et ainsi être valorisées dans l'allocation de ressources.

Cette évolution incontournable du financement de la psychiatrie et de ses systèmes d'information est donc un enjeu supplémentaire à la réduction des séjours longs et à l'accroissement de la coopération avec les champs sociaux et médico-sociaux. Elle implique pleinement les directions financières et celles chargées des systèmes d'information et d'organisation des établissements publics de santé.

### **3.3 Place et rôle du Directeur d'hôpital dans la conduite de réponses institutionnelles au problème des « inadéquations » d'hospitalisation**

Si des stratégies institutionnelles, financières, organisationnelles sont mises en œuvre pour s'emparer de la question des « inadéquations », les stratégies managériales jouent elles aussi un rôle fondamental dans la conduite du changement.

La problématique de la réduction des séjours longs en psychiatrie, comme nous avons pu le voir précédemment, est multiforme et appelle la compétence de toutes les directions fonctionnelles d'un établissement public de santé mentale.

Mon expérience de stage m'a montré, à travers la réalisation des projets médico-sociaux et le suivi des coopérations que si le directeur du pôle patient, des affaires générales et de la qualité avait un rôle prépondérant au CH Montperrin en matière d'impulsion, de suivi, et d'évaluation des actions tournées vers le médico-social, tous les directeurs d'hôpital étaient concernés, du chef d'établissement au directeur adjoint chargé de la logistique et des travaux.

Le directeur coordinateur de ces projets reste l'acteur incontournable et est amené à déployer un management participatif tourné vers la dynamique du changement.

### **3.3.1 La gestion des Ressources Humaines au cœur de la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie**

Le directeur d'hôpital chargé des questions relatives à l'ouverture au champ médico-social est bien souvent confronté à une double préoccupation : le chantier de la réduction des « inadéquations » d'hospitalisation l'amène, en terme de gestion des ressources humaines, à réorganiser et repenser dans une approche par les compétences à la fois les services hospitaliers traditionnels mais aussi les structures et services sociaux et médico-sociaux nouvellement créés, en cours de réalisation, ou qui font l'objet de partenariats avec l'hôpital.

Dans l'exemple d'une coordination exercée par le directeur adjoint chargé des affaires générales et de la qualité, celui-ci est donc amené à travailler en étroite collaboration avec son homologue directeur des ressources humaines.

En ce qui concerne le développement des structures sociales et médico-sociales, la gestion des ressources humaines est marquée par la nécessité d'acquérir de nouvelles compétences.

En effet, comme le précise la MNASM : « Articuler projet de soin et projet de vie, lorsque la prestation est assurée dans un premier temps par un hôpital, représente une démarche innovante »<sup>47</sup>.

Des projets, adaptés à ces nouveaux besoins, nécessitent de nouvelles compétences qui peuvent être acquises par la formation continue des professionnels de l'établissement, et par le recrutement de certains acteurs, issus de la filière socio-éducative et bénéficiant d'expériences professionnelles en travail social et accompagnement médico-social.

Qu'il s'agisse d'une reconversion d'une unité d'hospitalisation ou d'une création nouvelle, le projet se heurtera assez rapidement à des problèmes liés aux difficultés de mutation professionnelle.

La gestion des ressources humaines des EPSM doit donc s'orienter elle aussi vers une ouverture aux professions et compétences nouvelles susceptibles d'apporter la pluridisciplinarité au sein des équipes soignantes et médico-sociales.

---

<sup>46</sup> DHOS. Mars 2007. *Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie.*

<sup>47</sup> MNASM (2005). *La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?* Ed. ENSP

Dans ce sens, cette évolution souhaitée doit être intégrée au sein du projet social et en particulier dans son volet formation. Le plan de formation continue et les actions de communication et de formations institutionnelles sont d'excellents outils pour que cette démarche soit inscrite durablement dans le temps.

Sur le plan des partenariats et coopérations, différents choix stratégiques se proposent au directeur d'hôpital pour définir les modalités de ces dernières en terme de gestion des ressources humaines. Le détachement et la mise à disposition d'agents publics sont les deux modalités les plus fréquemment rencontrées dans le cadre des partenariats avec le social et le médico-social.

Car l'ajustement des compétences des professionnels des structures médico-sociales est également un enjeu dans les réponses à formuler en terme de gestion des ressources humaines au problème des « inadéquations » et de leur résorption.

Sur le long terme cette question renvoie à celle de la capacité des structures médico-sociales à évaluer, appréhender, voir à prévenir et anticiper les crises ; elle implique donc de poser la question du rôle des EPSM dans la formation des professionnels des structures médico-sociales et l'ajustement des compétences.

En effet, les difficultés actuelles d'accès à l'offre existante sont générées en partie par les difficultés rencontrées par les professionnels des structures médico-sociales dans la prise en charge des personnes sortants de psychiatrie.

Afin d'optimiser les compétences et les pratiques, il pourrait être envisagé d'organiser des formations croisées et communes aux professionnels des différents secteurs, via par exemple l'ouverture des formations complémentaires destinées aux agents hospitaliers et aux personnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, ou l'intégration de formations complémentaires sur des problèmes spécifiques (troubles du psychisme, troubles du comportement) dans les programmes des Instituts Régionaux de Travail Social (IRTS) en charge des formations des professionnels de l'action sociale et médico-sociale, dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ou encore dans les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS).

De même des échanges entre professionnels du secteur psychiatrique et médico-social sous forme de rencontres institutionnelles ou individuelles devraient apporter un enrichissement réciproque et une mutualisation des savoirs.

Parallèlement, les personnels hospitaliers doivent être davantage sensibilisés et informés quant à la réalité du travail des professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux de façon à leur permettre de mieux préparer la réorientation des patients

hospitalisés au long cours en psychiatrie. Des formations et des rencontres avec des professionnels peuvent être envisagées dans ce sens.

Enfin, sur le plan de la coordination des actions tournées vers le médico-social et de l'encadrement des structures médico-social, là encore, des choix stratégiques sont à opérer au niveau de l'établissement pour identifier clairement un responsable de ces structures et partenariat, que l'établissement de santé ait fait le choix ou non de la constitution d'un pôle médico-social.

Celui-ci devra influencer sur les choix et orientations en matière de gestion des ressources humaines.

### **3.3.2 Contractualisation et suivi des partenariats : l'hôpital garant de la qualité de prise en charge**

Qu'il s'agisse de gestion d'établissements ou services médico-sociaux, de contractualisation avec des partenaires extérieurs, d'inscription dans un réseau de santé ou encore de suivi des conventions de coopération, la présence du directeur d'hôpital dans le suivi ou contrôle qu'il exerce sur ces activités est indispensable à un bon fonctionnement de celles-ci.

Le directeur constitue tout d'abord une force de propositions et d'impulsions en matière de changement des pratiques et des organisations. Il se doit de convaincre les acteurs concernés de l'intérêt pour la qualité de la prise en charge d'une ouverture au champ médico-social quelles que soient ses modalités.

Ainsi, Marcel Jaeger écrit-il : « Les textes législatifs et réglementaires, les conventions plus ou moins impulsées par l'Etat peuvent contribuer à dépasser les cloisonnements. En aucun cas cela ne pourra suffire. Si les acteurs de terrain et les décideurs ne sont pas convaincus qu'ils sont face à des personnes aux difficultés multiples, instables, transitoires et pour lesquelles le passage de témoin s'impose et s'imposera de plus en plus »<sup>48</sup>.

Les contrats passés avec l'hôpital que les structures médico-sociales sont amenées à conclure sont susceptibles de faciliter l'orientation des personnes sortantes de psychiatrie en gageant la prise en charge médico-sociale d'un appui des équipes de psychiatrie en cas de besoin de renforcement des soins ou d'une éventuelle ré-hospitalisation.

---

<sup>48</sup> Marcel JAEGER. (2006). *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. Ed. Dunod

Dans ce contexte, la fluidité du parcours des personnes entre les différents partenaires devrait pouvoir être assurée, tout comme la continuité du suivi par l'une ou l'autre structure.

Cette situation implique donc également que les secteurs psychiatriques soient dotés des effectifs nécessaires pour apporter un soutien aux résidents et aux personnels des structures médico-sociales.

En ce qui concerne la délégation de gestion des éventuelles structures sociales et médico-sociales créées par un établissement public de santé mentale, le rôle du directeur d'hôpital se situe davantage dans la supervision et la participation aux orientations institutionnelles mais aussi dans l'évaluation des besoins, des pratiques et de l'activité. La réalisation des conventions de partenariat doit donc être un travail concerté, documenté et relatant au plus près les attentes de chacune des parties.

Enfin, en matière d'évaluation, le directeur d'hôpital reste garant de la qualité des prestations dispensées quelles soient d'ordre sanitaires ou médico-sociales.

Il a donc à intégrer les règles spécifiques d'évaluations internes et externes et de garantie des droits des usagers rencontrés dans l'action sociale et médico sociale

Si les référentiels d'auto-évaluation sont encore trop peu nombreux dans le champ médico-social, il est tout à fait souhaitable pour un EPSM d'élaborer ses propres référentiels « qualité » internes basés sur les premiers travaux de l'Agence Nationale d'Évaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESMS) prévue dans le cadre de la rénovation de l'action sociale.

La présence régulière du directeur d'hôpital aux instances et réunions des partenaires extérieurs, sa disponibilité aussi bien vis à vis des acteurs internes à l'institution que vis à vis des professionnels de l'action sociale, sa capacité à effectuer un retour d'informations et d'évaluations quant à l'efficacité de la politique de décloisonnement opérée sont autant de qualités garantes du maintien de la qualité de l'offre sanitaire.

### **3.3.3 Des projets innovants moteurs d'une dynamique institutionnelle collective : vers un management participatif**

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, l'ensemble des directions fonctionnelles des EPSM sont concernées par le problème de la réduction des « inadéquations » d'hospitalisation qu'il s'agisse de ses enjeux stratégiques (chef d'établissement), organisationnels (direction des affaires générales et de la qualité, direction des soins, direction des ressources humaines), financiers ( direction des affaires

financières et des systèmes d'information), ou encore économiques (direction des affaires logistiques et économiques, direction des travaux).

Le coordinateur des projets de développement d'alternatives à l'hospitalisation complète de long séjour a donc à travailler avec l'ensemble d'une équipe de direction mais aussi avec toutes les instances de l'établissement.

La concertation, l'évaluation commune des besoins et enjeux en la matière, la communication autour des projets et orientations de l'établissement sont autant de modalités de travail à développer par le directeur d'hôpital dans le cadre de tels chantiers. Car il s'agit bien d'impliquer les professionnels de l'institution (médicaux et non médicaux, administratifs et techniques) à tous les stades d'évolution des projets.

La simple participation des équipes à l'élaboration des grandes orientations thérapeutiques et médico-sociales des projets d'ouverture ne suffit pas à susciter l'adhésion et l'intérêt du plus grand nombre. Des groupes de travail pluridisciplinaires doivent ainsi pouvoir donner un avis et constituer une force de propositions pour l'ensemble du phasage du projet (évaluation des besoins, pré-projet d'établissement, projet en terme de gestion des ressources humaines, projet architectural, projet financier...).

La sollicitation, très en amont des projets, des partenaires sociaux tout comme la recherche d'implication de la communauté médicale afin de les faire s'approprier les orientations stratégiques de l'établissement sont également requises pour discuter de façon plus constructive, le moment venu de la présentation aux instances, des projets de création d'activités médico-sociales ou de reconversion d'activités sanitaires.

Le directeur d'hôpital quelque soit sa fonction dans l'établissement est impliqué directement dans la recherche de solutions au problème des « inadéquations » d'hospitalisation.

Le management interne de l'institution va guider la méthodologie à employer pour conduire un tel projet et le coordinateur ou le directeur délégué à cette question va donc jouer un rôle central dans la conduite du changement.

A partir d'une contrainte qui pèse sur l'organisation de l'hôpital, il est amené à la transformer en opportunité managériale d'évolution des pratiques, d'ouverture de la culture d'établissement aux champs d'intervention sociale et médico-sociale, d'adaptation efficiente de l'organisation aux besoins et demandes de soins.

Le management participatif est dès lors un excellent moyen de susciter l'implication de tous et l'appropriation de nouvelles valeurs censées guider les évolutions actuelles de la prise en charge de la santé mentale.

## Conclusion

Les « inadéquations » d'hospitalisation au long cours en psychiatrie constituent une problématique aux multiples facettes dont la résolution passe par des phases d'identification, d'évaluation des besoins, de réflexion quant à ses enjeux stratégiques pour l'établissement et son territoire de santé, et de proposition en terme d'amélioration de la qualité des prises en charge dispensées dans un contexte donné.

Les réponses apportées par les EPSM face à la question des « inadéquations » d'hospitalisation sont donc toutes différentes et très dépendantes de leur environnement, de leur histoire, de leur organisation et de leur projet d'établissement.

Qu'il s'agisse de développer des solutions d'amont ou d'aval aux hospitalisations complètes, les établissements hospitaliers ont l'occasion à travers ce chantier d'ouverture au champ médico-social de re-questionner leur organisation de l'offre de soins pour tendre à une inscription pérenne dans le champ de la santé mentale déployé en réseaux de santé et filières de soins.

Le travail de réduction de ces inadéquations s'impose par des constats locaux et nationaux, des incitations fortes voir des obligations législatives et réglementaires de la part des pouvoirs publics notamment en terme de planification sanitaire et sociale.

Cette planification qui souffre d'un manque de coordination et d'une multiplication des acteurs tend néanmoins à favoriser les liens entre les établissements de santé et le champ médico-social.

Ainsi, les EPSM se sont emparés de cette problématique en jouant la carte du décloisonnement sanitaire, de la coopération avec le médico-social et de la création d'activités nouvelles dépassant le cadre limité des hospitalisations et des soins ambulatoires.

Des stratégies institutionnelles, financières, organisationnelles innovantes sont donc mises en œuvre pour s'emparer de la question des « inadéquations » qui relève bien de la compétence de l'ensemble des directions fonctionnelles d'un établissement public de santé mentale.

Les stratégies managériales jouent également un rôle fondamental dans la conduite du changement des pratiques et des organisations.

Il en va donc des missions et de la responsabilité du directeur d'hôpital que de transformer la « contrainte » des hospitalisations « inadéquates » en opportunité de repositionnement stratégique de son établissement.

---

# Bibliographie

---

## Références juridiques

- Circulaire du 15 mars 1960 définissant la sectorisation psychiatrique
- 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
- Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'organisation hospitalière
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
- Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Ordonnance N° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation.
- Loi n°2004-626 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées
- Loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique
- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.
- Loi 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 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Ordonnance n°2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la FPH
- Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale pris pour l'application de l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code
- Circulaire N°DGAS/2006/216 du 18 mai 2006 relative à la pluriannualité budgétaire et à la dotation commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux [...] et à la coopération sociale et médico-sociale dans le cadre des groupements d'établissements.

- Arrêté du 29 juin 2006 mettant en place le recueil d'information médicalisée en psychiatrie à titre expérimental
- Articles L. 1411-11, L. 1411-12, L.326 du Code de Santé Publique (2007)

### **Ouvrages**

BAUDURET J.F., JAEGER M. (2005): *Rénover l'action sociale et médico-sociale:histoires d'un erefondation*, Paris, Ed. Dunod, 2<sup>ème</sup> éd..

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

JAEGER M. (2006). *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. Paris, Ed. Dunod, 2<sup>ème</sup> éd.

KANNAS.S. (2000). *La santé mentale des Français*. Sous la direction de J. Kervasdoué et R. Lepoutre, Ed. Odile Jacob, Paris.

MIRAMON J.M. (2005). *Le métier de directeur : techniques et fictions*. Ed. ENSP, Rennes, 3<sup>ème</sup> éd.

### **Revue, Périodiques**

MAXIMIN. M , CANN. Y., CHEMARIN. I., SMADJA. F. « La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ? », 2007, *Lien social*, N°832, 8-10.

HOCHMANN. J. : « De l'identité au partenariat : que signifie travailler ensemble dans la différence ? Sur le partenariat entre sanitaire et médico-social », 2007, *Pratiques en santé mentale*, Vol. 53, n°1, 24-27.

BARO. P. : « Le secteur est-il prêt à s'articuler plus clairement avec le médico-social ? », 2006, *Information psychiatrique*, Vol. 82, n°4, 306-308.

GAUTHIER. P. : « Au risque du clivage entre social et sanitaire », 2006, *Pratiques en santé mentale*,Vol. 52, n°1, 11-14.

BRANDEHO D, BAUDURET JF, VARIGNON T, JAEGER M, LIEGEOIS DAVY C, GALTIER C, MARTIN K, RAYNAL B, DENORMANDIE P : « La reconversion des lits sanitaires en lits médico-sociaux », 2003, *Revue hospitalière de France*, n°491, 19-23.

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

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

Dossier « Comment articuler le sanitaire et le médico-social », *Pluriels*, 1999, 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, N°38, 51-56.

### **Documents institutionnels**

DRASS PACA (2007) : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie 2007-2011 (PRIAC).

CH MONTPERRIN (2007) : Projet d'établissement 2006 – 2011.

HAS (mars 2007) : Rapport de certification du Centre Hospitalier Montperrin.

DHOS. (Mars 2007) : Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie

ARH PACA (2006) : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3<sup>ème</sup> génération 2007-2011 (SROS III), volet « Psychiatrie et Santé mentale ».

ARH PACA. (2005) Etude sur les « séjours longs » en psychiatrie réalisée par la DRASS et la CRAM Préparation du SROS 3 – volet Psychiatrie et santé mentale.

DHOS (2005) : Plan national *Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*

DRASS PACA (2005) : Programme Régional de Santé Publique 2005-2009 (PRSP), volet relatif à la santé mentale.

MNASM (2001). Guide méthodologique de création de structures sociales et médico-sociales par un établissement de santé : principes généraux et modalités d'application dans le domaine de la santé mentale

## Rapports

MNASM (2005). *La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?* Ed. ENSP

IGAS (2003) : L'évaluation du besoin de places en CAT, MAS et FAM. Rapport n°2003150

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

PIEL. E., ROELANDT J.-L.(2001): *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport au ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

COUR DES COMPTES (2001):. *L'organisation des soins psychiatriques*. Le rapport public 2000, Paris, Les Editions des Journaux officiels.

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.-C.(2003): *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : Extraits de l'étude ARH « séjours longs en psychiatrie réalisée par la DRASS et la CRAM en 2005 dans le cadre des travaux préparatoires au SROS 3, volet psychiatrie et santé mentale

**Annexe II** : Extraits Projet d'Etablissement EPSM Montperrin

**Annexe III** : Dossier FAM / effectifs prévisionnels

**Annexe IV** : Brève Lettre de Montperrin

**Annexe I** : Extraits de l'étude ARH « séjours longs en psychiatrie réalisée par la DRASS et la CRAM en 2005 dans le cadre des travaux préparatoires au SROS 3, volet psychiatrie et santé mentale.

<p>Analyse de l'enquête séjours longs en psychiatrie SROS 3 – volet Psychiatrie et santé mentale</p>
--

Une enquête déclarative, a été réalisée dans le cadre du volet « Psychiatrie générale » du SROS 3

Elle a été décidée suite aux discussions du groupe "Prise en charge globale du patient, du soin à la réinsertion", qui s'est réuni en 2005 dans le cadre des travaux préparatoires au SROS.

## 1 Méthodologie

L'enquête a été réalisée par courrier électronique auprès de tous les établissements de psychiatrie publics et privés (post cure inclus) entre juin et septembre 2005.

Les patients inclus dans l'enquête étaient les patients présents au 30 juin 2005, et qui sur la période du 1.7.2004 au 30.6.2005 avaient eu un séjour de :

- un an ou plus en continu
- 8 mois discontinus, avec des périodes courtes de sortie
- plusieurs séjours dans des établissements différents (publics et/ou privés)

Les renseignements étaient anonymes (N° patient donné par l'établissement ; l'année de naissance était le seul renseignement d'état civil recueilli).

Les Présidents de CME des établissements ont été informé préalablement du déroulement de l'enquête ; l'enquête était adressée aux chefs de secteurs et directeurs/médecins de cliniques privées qui devaient renseigner pour chaque patient :

- le besoin en terme de soins
- le besoin en terme d'hébergement, du logement social à la M.A.S.
- le besoin en terme d'accompagnement social
- le besoin en terme de travail ou d'activité occupationnelle
- les décisions éventuelles déjà prononcées par la COTOREP en terme d'orientation et/ou de travail (ou préciser si le dossier COTOREP est en cours d'instruction, la proposition faite par l'équipe médicale et sociale)

Un questionnaire par secteur (établissements publics) ou par établissement privé a été renvoyé à la CRAM qui a réalisé l'exploitation des données.

## 2 Taux de participation

A l'exception des Alpes Sud, la participation des établissements a été élevée. (79 % des établissements publics et privés ont répondu)

### TAB 1 Nombre d'établissements ayant participé à l'enquête

Le pourcentage de réponses (en nombre de lits) au niveau de la région est de 75 %.

## 3 Les patients en séjour longs

### 3.1 Classes d'âge

Un tiers des patients qui sont en séjour long ont entre 20 et 39 ans ; les classes d'âge suivantes (40 –49 ans ; 50 – 59 ans ) regroupent chacune 30% de patients.

Plus de 10% des patients ont 60 ans ou plus.

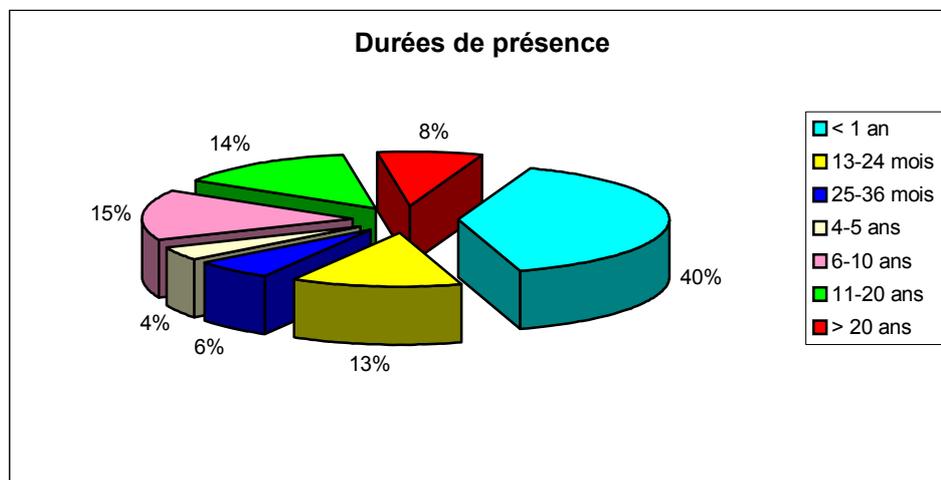
### TAB 3 Classes d'âge

	Alpes Nord	AM Est	AM Ouest	BDR Nord	BDR Sud	Var Est	Var Ouest	Vaucluse	TOTAL	
<20		1			1				2	0,10%
20-29	16	19	2	7	18	8	10	18	98	8,76%
30-39	14	33	4	29	73	7	42	36	238	21,27%
40-49	12	39	6	39	120	9	60	39	324	28,95%
50-59	16	44	4	29	138	6	40	41	318	28,42%
60-64	3	9	1	2	26	1	8	15	65	5,81%
>= 65	4	15		4	12		6	17	58	5,18%
NP		1			1	1	13	2	18	1,43%
Total	65	161	17	110	389	32	177	168	1119	100 %

### 3.2 Durées de présence

Les durées de séjour vont de moins d'un an (8 à 12 mois) à plus de 25 ans.

Plus de 20% des patients ont un séjour supérieur à 10 ans ; ces durées de séjour très longues peuvent poser la question de la faisabilité d'une réorientation sur un établissement médico-social.



#### 4 Les patients réorientables

Au niveau de la région, le nombre de patients réorientables – les patients qui suite aux réponses à l'enquête, ne nécessitent pas un maintien en hospitalisation complète – est de 817 sur 119 soit 20% des lits occupés en hospitalisation complète.

Le pourcentage de patients réorientables apparaît plus important dans les établissements Ex DG (23%) que dans les établissements privés (17 %).

Ce nombre de réorientables représente par ailleurs 73 % des patients occupant des lits en séjours longs. Ce qui revient à dire que seulement 27% de ces patients en séjours longs nécessiteraient un maintien en hospitalisation complète. ( "Long Séjour Psychiatrie"....)

On peut constater que le pourcentage de réorientables par rapport au nombre de patients en séjour longs est plus important dans le privé (79 % contre 70 % dans les établissements ex DGF). Cette différence peut en partie être expliquée par la prise en compte dans l'enquête des lits de post cure (608 lits) principalement présents dans le secteur privé.

TAB 5 Prise en charge proposées en soin par tranche de durée de présence

SOINS / présence	Durée < 1 an	1-2 ans	2 à 5 ans	6-10 ans	> 10 ans	Total	%
Alternatives	63	8	19	29	24	143	12,78%
Ambulatoire	131	50	29	28	60	298	26,63%
Maintien HC	124	41	34	24	61	284	25,38%
Autre, et NP	128	45	34	86	101	394	35,21%
Total	443	144	116	167	246	1119	100,0%

Les propositions de réorientations :

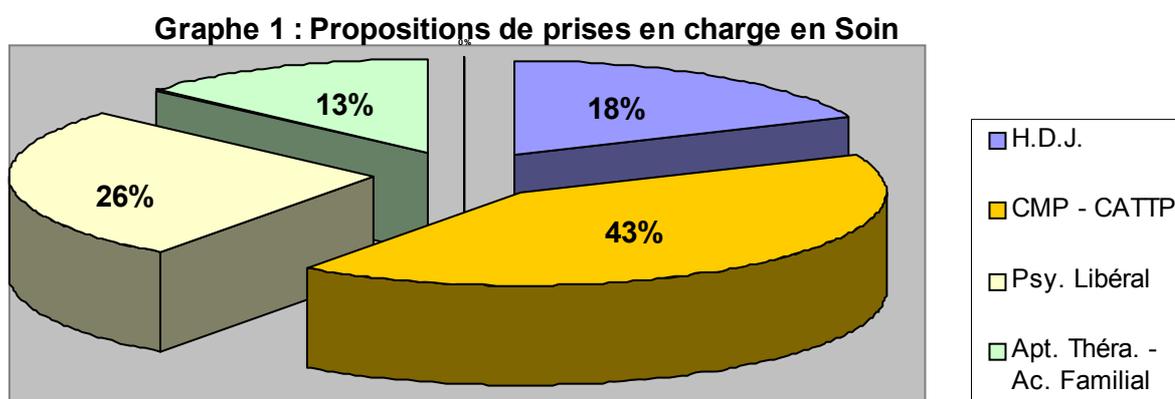
Il s'agit des propositions faites par les services pour chacun des patients considéré par eux comme présent par défaut d'admission ou de place dans une structure d'aval.

Les tableaux ci-dessous présentent, pour les patients réorientables et sur la totalité de la région, les propositions de prise en charge en terme de soins et de réorientations en terme d'hébergement d'après les réponses obtenues. La seconde colonne indique les chiffres que l'on obtiendrait sur la base de l'hypothèse d'extrapolation sur la totalité des lits.

#### 4.1 Réorientations en terme de soin :

Total de réponses 439, soit 55 % des réorientables.

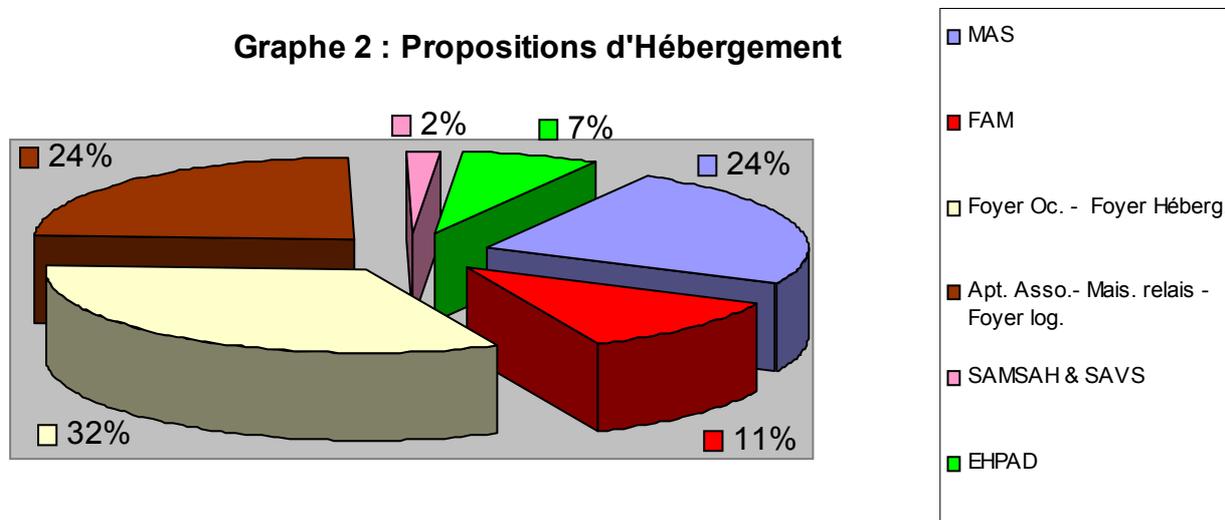
TAB 6 Réorientations en terme de soins



#### 4.2 Réorientations en terme d'hébergement :

Total des réponses : 620, soit 71% des réorientables

TAB 7 Réorientations en terme d'hébergement :



## 5 Recoupement des propositions de prise en charge

### 5.1 Prises en charge en soins et propositions de réorientations en hébergement.

Les prise en charge en terme de soins sont souvent associées à une demande d'hébergement ; elles sont présentées de façon synthétique dans le tableau ci dessous :

TAB 10 PRISES en CHARGE en SOINS

Prise en charge en soin	Nombre	Hébergement associé	Nombre
Hôpital de Jour Hôpital de Nuit	81	Appartement Associatif Maison Relais Foyer Logement	24
		Foyer occupationnel Foyer d'hébergement	15
		Domicile - Famille	18
CMP - CATTP	183	Appartement Associatif Maison Relais	14
		Foyer occupationnel Foyer d'hébergement	14
		Domicile - Famille	36

Recoupement des propositions d'hébergement et de prise en charge en soin :

Les propositions d'hébergement en MAS et FAM ne sont pas corrélées à une demande de prise en charge complémentaire en soins.

Concernant les propositions d'hébergement proposées en FO et FH, ce sont les prises en charge par un psychiatre libéral qui ressortent de façon majoritaire.

Pour les demandes d'hébergement en Appartement associatifs, Maison Relais et Foyer Logement, les prises en charges associées sont principalement en CMP – CATTP et HDJ .

On notera que 37 propositions d'hébergement dans ces structures sont associées à une demande de maintien en hospitalisation complète. Ces demandes pourraient concerner des patients pour lesquels une sortie d'hospitalisation serait possible mais pour lesquels un logement adapté n'est pas actuellement disponible. (?)

TAB 10 PRISES en CHARGE en HEBERGEMENT

Hébergement	Nombre	Prise en charge en soin associée	Nombre
MAS	148	Psychiatre Libéral	7
FAM	69	H.D.J.	2
Foyer Occupationnel Foyer d'Hébergement	202	CMP - CATTP	3
		Psychiatre Libéral	54
		HDJ	16
Appartement Associatif Maison Relais Foyer Logement	147	CMP - CATTP	32
		Psychiatre Libéral	12
		H.D.J. – H.D.N.	43
		Maintien HC	37

#### 6) Besoins au niveau des territoires de santé

Les résultats précédents ont été extrapolés au niveau des territoires de santé sur la base des besoins exprimés en terme de soins et d'hébergement.

6.1 Demandes de soins exprimées en fonction des réponses obtenues et proratisées à la totalité des lits sur la base des taux de réponses par Territoire

Globalement tous les territoires font apparaître une demande en prise en charge en CMP-CATTP avec un besoin plus net dans les Alpes Maritimes Est.

Les besoins en prises en charge en hôpital de jour apparaissent essentiellement dans les Bouches du Rhône Sud (50) et le Vaucluse (22) ; il en va de même pour les appartements thérapeutiques (Bouches du Rhône Sud: 29 ; Vaucluse : 18).

TAB 11 BESOINS en SOINS par Territoire de santé mentale

Territoires	% Réponse	H.D.J.		CMP - CATTP		Appartement Thérapeutique Accueil Familial Thérapeutique	
		Réel	Extrap.	Réel	Extrap.	Réel	Extrapolation
AM Est	86%	9	10	87	101	8	10
AM Ouest	71%	3	4	1	1	2	3
BDR Sud	69%	38	50	37	53	22	32
BDR Nord	66%	6	8	8	12	2	3
Var Est	40%	2	3	5	8	-	-
Var Ouest	88%	1	1	16	18	4	4
Vaucluse	100%	22	22	29	29	18	18

Demandes d'hébergement exprimées en fonction des réponses obtenues et proratisées à la totalité des lits sur la base des taux de réponses par Territoire

TAB 12 BESOINS en HEBERGEMENT par Territoires de santé mentale

Territoires	% Réponses	M.A.S.		F.A.M.		F.O. F. Hébergmt.		Appart. Associatif Maison Relais	
		Réel	Extrap.	Réel	Extrap.	Réel	Extrap	Réel	Extrap.
AM Est	86%	38	44	22	26	15	17	8	9
AM Ouest	71%	1	1	1	1	1	1	1	1
BDR Sud	69%	28	40	6	8	65	94	66	95
BDR Nord	66%	13	19	12	18	12	18	12	18
Var Est	40%	-	-	5	8	2	3	6	10

Var Ouest	88%	4	4	12	13	82	93	21	24
Vaucluse	100%	11	11	12	12	23	23	32	32

Potentialités de créations de MAS, FAM et Foyers d'hébergements souhaitables par territoires :

Sur la base de l'extrapolation ci dessus, les besoins pourraient se résumer en :

AM Est : .....MAS :1 ; FAM : 1

BDR Sud :.....MAS :1; FO/FH : 2

BDR Nord : .....MAS ou FAM : 1

VAR Ouest :.....MAS ou FAM : 1 ; FO/FH : 2

Vaucluse : .....MAS, FAM ou FO : 1

Concernant les appartement associatifs et maisons relais les besoins ressortent principalement dans les BDR Sud (95, BDR Nord (18, Var Ouest (24) et Vaucluse (32).

« II-4- Les alternatives à l'hospitalisation à temps plein :

Les indices d'équipement de notre territoire de santé met en évidence le déficit en alternatives au temps plein que ce soit les hôpitaux de jour ( 0.26 pour 1000 habitants alors que la moyenne régionale est de 0.37 pour 1000 habitants), en CATTP ou pour les structures médico-sociales : absence totale d'établissement de post-cure, et peu d'hébergement médico-social.

L'étude des données sanitaires et sociales concernant le territoire Bouches-du-Rhône Nord (cf. 1ère partie du Projet d'établissement et les documents préparatoires au S.R.O.S. 3 qui y sont cités) révèle ainsi un déficit de places en MAS, en Foyer d'accueil médicalisé et en CHRS par rapport à la moyenne de la région PACA ( 31 pour 100 000 versus 73 pour 100 000 en PACA).

Ces chiffres expliquent l'importance pour notre territoire de santé de développer ces alternatives sous peine de ne plus pouvoir assurer l'hospitalisation temps plein par saturation des places d'hospitalisation à temps plein.

La saturation des capacités d'accueil de nos services est maintenant chronique. C'est une réalité qui semble enfin admise .

A vrai dire, cet état de chose nous fait même courir le risque, dans cette partie du projet médical consacrée aux « alternatives à l'hospitalisation », de paraître obnubilés par le « désengorgement » nécessaire de l'intra-hospitalier, au détriment de motivations plus fondamentales et moins contextuelles qui plaident en faveur du développement de ces alternatives.

Bien entendu, il n'en est rien mais il ne nous a pas paru inutile de réaffirmer cette évidence

En effet, en Psychiatrie, plus encore que dans les autres disciplines médicales, la prise en charge thérapeutique de chaque patient appelle des réponses spécifiques. Il s'agit de s'adapter à la pathologie bien sûr mais aussi à l'histoire, l'environnement, la situation familiale et sociale du patient.

On ne peut imaginer une réponse standardisée, que ce soit l'hospitalisation ou une autre modalité de soins, qui ne serait condamnée à être la plupart du temps inadéquate et, donc, très souvent, au mieux inefficace, au pire, pernicieuse.

Il faut que les thérapeutes disposent de modalités de réponses diversifiées dont les combinaisons permettent de mettre en place, chaque fois, un projet de soins original et pertinent.

C'est pourquoi la notion « d'alternatives » est essentielle. Chaque équipe de secteur (et, donc, tout patient relevant de notre établissement) doit avoir accès à l'ensemble des possibilités de soins.

Le Plan de Santé Mentale 2005-2008 développe un volet concernant les alternatives à l'hospitalisation complète. Il affiche la volonté d'intensifier et de diversifier les modes de prises en charge alternatifs en insistant sur la création d'hôpitaux de jour et d'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, il comporte un volet logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces axes du Plan Psychiatrie et Santé Mentale rejoignent la réflexion de notre établissement sur la nécessité de créer et de développer ces alternatives.

A partir de ce constat, le projet médical s'est centré prioritairement sur la création de structures d'aval.

Certaines de ces possibilités, que nous aborderons dans un premier temps, existent déjà dans notre établissement mais sont à développer.

D'autres, que nous envisagerons ensuite, constituent de nouveaux projets aptes, nous semble-t-il, à résoudre des questions actuellement sans réponse.

II-4-1- Le développement des dispositifs alternatifs déjà en place :

II-4-1-1- Les Hôpitaux de jour :

C'est une modalité de soins indispensable pour travailler sur le quotidien des patients, lutter contre l'isolement, le repli autistique, favoriser la capacité à établir des relations interpersonnelles, apprendre à améliorer leur qualité. Ce type de prise en charge permet souvent d'éviter des hospitalisations, de raccourcir leur durée, d'amplifier les résultats thérapeutiques obtenus.

Dans la prise en charge des maladies au long cours que sont les affections psychiatriques, c'est un outil thérapeutique indispensable.

Les projets médicaux précédents ont visé à rendre cet outil accessible à tous les patients, en particulier en équipant les villes périphériques. Ceci reste un objectif prioritaire.

Nous proposons donc d'abord:

- la création d'un hôpital de jour de 10 à 12 places à Salon pour le secteur 13G19
- la création d'un hôpital de jour de 10 à 12 places à Pertuis pour le secteur 13G18

Ces deux créations compléteront le dispositif de soins extra-hospitalier et correspondront à l'obtention de 2 temps infirmiers pour chacun de ces deux hôpitaux de jour qui seront par ailleurs couplés avec deux CATTP existants.

A Aix-en-Provence, l'évolution des demandes d'admission dans les deux Hôpitaux de jour à prestation intersectorielle existants met en évidence l'utilité de 10 places supplémentaires en hospitalisation de jour sur l'aire aixoise, de préférence sous forme d'un troisième hôpital de jour.

II- 4-1-2- Les CATTP aixois :

Trois structures proposent des activités thérapeutiques à temps partiel à Aix-en-Provence. Ce sont :

- La villa Avril, structure à prestation intersectorielle gérée par le secteur 17.
- Cilaos, structure à prestation intersectorielle gérée par le secteur 18.
- La Sociothérapie, gérée par la Fédération de Soins et de Réadaptation.

Ces trois structures accueillent des patients non hospitalisés mais la Sociothérapie s'adresse aussi aux patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital Montperrin.

Il apparaît indispensable d'assurer une continuité des soins ambulatoires tout au long de l'année. Cela passe par le maintien d'une ouverture de la Sociothérapie durant les périodes d'été. En effet, elle est seule à proposer des activités aux patients hospitalisés et la fermeture estivale de la structure altère significativement la qualité des prises en charge intra-hospitalières.

La durée de fermeture de Cilaos et de la Villa Avril doit être aussi réduite que possible. Ces fermetures doivent être coordonnées afin de permettre, si nécessaire, des suppléances et assurer la continuité des prises en charge toute l'année.

- Le Service intersectoriel d'Alcoologie propose de créer une activité CATTP qui compléterait l'hospitalisation de jour et diversifierait les modes de prise en charge des patients alcooliques. Un temps infirmier permettrait de monter des activités de CATTP.

L'intersecteur d'alcoologie demande plus généralement à ce que soient reconnues et authentifiées comme telles les activités de type CATTP, CMP, tabacologie et préparation du travail de l'équipe d'addictologie de liaison décrites dans les rapports d'activité du service et qui, déjà en place, ne peuvent actuellement ni fonctionner correctement ni se

déployer de façon cohérente sans affectation de personnels supplémentaires pour répondre à la demande des patients.

#### II-4-1-3- Les appartements thérapeutiques

Ce mode de prise en charge permet de faire sortir d'hospitalisation temps plein des patients stabilisés bien qu'ils ne puissent accéder directement à un mode de vie autonome.

Le passage bi-quotidien des équipes infirmières, les entretiens hebdomadaires avec le médecin et le psychologue permettent un travail en immersion dans la cité afin de retrouver ou d'acquérir l'autonomie nécessaire à une vie en logement indépendant.

Actuellement, le secteur 13 G 19 dispose depuis plusieurs années d'un logement de trois places à Salon.

Le secteur 13 G 20 gère six places pour les autres secteurs sur la ville d'Aix-en-Provence. Il a obtenu trois places supplémentaires pour son propre secteur dans le cadre du dernier COM, soit en tout neuf places.

L'intérêt de ce mode de prise en charge intensive nous entraîne à demander six places supplémentaires pour les secteurs suivants :

- Le secteur 13 G 22 prendrait en charge un appartement de trois places avec la création d'un ETP infirmier.
- Le secteur 13 G 18 demande aussi un appartement thérapeutique de 3 places avec création d'un ETP infirmier.

Les besoins nouveaux pour 6 places d'Appartement thérapeutique nécessiteraient donc à minima 2 E.T.P. infirmiers.

Le Secteur 20 qui prend en charge 6 places d'appartement thérapeutique à prestation intersectorielle souhaite obtenir 0,30 temps d'assistante sociale et 0,10 temps de psychologue afin de compléter l'équipe en place.

#### II-4-1-4-Les Accueils Familiaux Thérapeutiques :

Il s'agit d'une modalité thérapeutique dont nous avons expérimenté, de longue date, l'intérêt pour des patients psychotiques parfois très gravement malades et pour lesquels aucun autre projet de sortie n'avait pu être mené à bien.

Les quatorze places effectivement financées avant le dernier contrat d'objectifs et de moyens étaient insuffisantes par rapport au nombre potentiel de patients qui relèveraient légitimement d'une telle prise en charge. Il en résulte une liste d'attente décourageante pour les patients comme pour les équipes soignantes.

La dernière tranche du Contrat d'Objectifs et de Moyens devait porter en 2005 le nombre de places financées à vingt et une (dix neuf places d'adultes et deux places d'enfants). Ce devait être une amélioration substantielle mais la revalorisation des salaires des familles d'accueil imposée en 2005 par la réglementation a, de facto, limitée cette augmentation du nombre de places d'A.F.T. à dix-sept (16 adultes et 1 enfant). Notre objectif reste, comme cela est réclamé depuis plusieurs années, la mise en place effective de trente places d'accueil familial.

Ces places d'accueil familial thérapeutique resteront rattachées, comme c'est actuellement le cas à la Fédération Sociothérapie et Réinsertion.

Toutefois, il nous paraît utile d'évoluer vers une gestion plus sectorielle du recrutement des familles et de l'attribution des places afin d'adapter au mieux le placement familial au patient concerné et de redonner aux équipes une visibilité dans ce type de projets.

Dans cette optique, les admissions futures seraient l'occasion d'un rééquilibrage de la répartition des places par secteur pour assurer trois places par secteur adulte.

Afin d'atteindre la capacité autorisée de trente places d'A.F.T., nous demandons donc la création et le financement de places d'accueil familial thérapeutique supplémentaires et, pour le moins, les crédits nécessaires au fonctionnement des sept places (5 adultes et 2 enfants) du dernier C.O.M., compte tenu de l'augmentation des coûts de rémunération des familles d'accueil.

II-4-2- Les nouveaux projets alternatifs à l'hospitalisation traditionnelle ou en aval de celle-ci:

Ils sont de deux ordres. Il s'agit d'abord d'un nouveau type de prise en charge, l'hospitalisation à domicile, et ensuite, de la création de lieux de vie pour des patients hospitalisés au long cours ou de façon récurrente en raison de leur incapacité à vivre, de façon autonome, dans un logement indépendant.

II-4-2-1- Une unité bisectorielle d'hospitalisation à domicile :

Telle que définie, dans ses dispositions générales, par la circulaire du 30 mai 2000 et, plus précisément pour la psychiatrie, dans la circulaire DHOS du 4 février 2004, « en prodiguant au patient, à son domicile, des soins coordonnés d'une particulière intensité, l'H.A.D en psychiatrie permet de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet ».

L'intérêt institutionnel et clinique d'une telle modalité de soins ainsi que les moyens qu'elle nécessite sont exposés en détail dans le projet présenté conjointement par les secteurs 13G19 et 13G20.

Ces 2 secteurs proposent la création de 12 places d'hospitalisation à domicile sur la zone géographique de Salon et des communes des alentours, de Miramas et communes à l'ouest d'Aix-en-Provence (d'Aix ouest à la Fare-les-Oliviers).

Il est à noter que le volet Psychiatrie du SROS 3 constate l'absence de lits de psychiatrie sur le territoire de Salon. Un service d'H.A.D. permettrait de palier partiellement ce déficit. Les moyens demandés pour ce projet bisectoriel, outre les deux véhicules nécessaires sont :

- Deux temps partiels de PH
- Six postes infirmiers
- Un mi-temps de cadre soignant
- Un mi-temps de travailleur socio-éducatif
- un mi-temps de secrétaire

Un dossier détaillé a été présenté par les deux chefs de secteurs à l'initiative du projet d'H.A.D. lors des travaux du projet médical d'établissement et il est consultable auprès des secteurs concernés ou de la direction.

II-4-2-2- La création de lieux de vie adaptés :

Nous envisageons la création, en partenariat, de deux types de structures qui font actuellement cruellement défaut pour certains patients, dont l'état clinique, bien qu'amélioré et ne requérant plus une hospitalisation à plein temps, ne permet pas, vu leur faible degré d'autonomie, de faire ou de maintenir un projet de vie dans un logement autonome, même accompagné de toutes les modalités de prise en charge extra-hospitalière évoquées plus haut.

**TABLEAU PREVISIONNEL DES PERSONNELS**

	<b>PERSONNEL PARAMEDICAL et ADMINISTRATIF</b>		
	<b>CATEGORIE</b>	<b>Effectif en E.T.P.</b>	<b>OBSERVATIONS</b>
<b>HEBERGEMENT</b>	Cadre supérieur socio-éducatif	1	Responsable de l'établissement annexe. Gestion et encadrement du personnel
	Agent administratif	0.5	Accueil, dossiers administratifs des résidents, lien avec les familles
	Assistants socio-éducatifs / Educateurs spécialisés	3	Prise en charge de jour. Activités socio-éducatives
	Assistant socio-éducatif / Assistant de service social	0.25	Accompagnement des résidents et des familles pour les démarches administratives complexes
	Aides médico-psychologiques	14	Prise en charge de jour. Stimulation, toilettes, activités, repas
	Agents des services hospitaliers	10	Entretien des locaux Linge, repas (remise en température, vaisselle)
<b>SOINS</b>	Infirmiers	8	Soins et prise en charge jour et nuit, gestion de la pharmacie, activités thérapeutiques
	Aides-soignants	10	Nursing, soins de base, repas, toilettes
	Psychologue	0.25	Soutien, supervision de l'équipe. Ponctuellement suivi de résidents et des familles
	Ergothérapeute	0.25	Activités et prises en charge
	<b>PERSONNEL MEDICAL</b>		
	Médecin psychiatre – P.H. à temps partiel	0.5	Prise en charge médicale des résidents

**« Des nouvelles des projets médico-sociaux... »**

Le CH Montperrin poursuit sa dynamique d'ouverture au champ médico-social adulte en travaillant sur deux projets inscrits au Projet d'Etablissement 2006-2011 :

- la création d'une Résidence accueil / Maison Relais pour adultes souffrant de troubles psychiques et présentant des difficultés d'insertion sociale.
- La création d'un Foyer d'Accueil Médicalisé s'adressant à des adultes handicapés psychiques dont l'autonomie est particulièrement faible.

Le projet de la Résidence Accueil vient d'obtenir un accord favorable par le comité de validation national (structure de type expérimental). Il reste désormais pour l'hôpital à concrétiser ce projet en recherchant divers financements, en réalisant un lieu de vie adapté et en mettant en oeuvre les modalités d'accueil et de gestion avec un organisme partenaire spécialisé dans le logement aidé. L'ouverture de cette structure pourrait être envisagée courant 2009.

Le projet du Foyer d'accueil médicalisé (FAM) est, pour sa part, bien lancé. Un comité de pilotage réunissant une partie de l'équipe de direction, des personnels médicaux et une cadre supérieure de santé a été mis en place et travaille à la rédaction d'un dossier d'autorisation nécessaire à l'ouverture d'une telle structure relevant conjointement de l'assurance maladie et du Conseil Général.

Les équipes de soins et d'accompagnement social sont également mises à contribution pour la mise en oeuvre de ce projet. Le dépôt du dossier d'autorisation devant le CROSMS (Comité Régional d'organisation sociale et médico-sociale) devrait intervenir avant la fin de l'année 2007.