



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

**INSPECTEURS DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES
PROMOTION 2000- 2002**

Date du Jury : **4 et 5 mars 2002**

**Handicap et maladie mentale
de l'adulte : la collaboration
institutionnelle des acteurs du soin
et de la compensation sociale
est-elle à la hauteur de leurs espoirs ?**

Valérie GODARD-JOUANNIC

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	<u>1</u>
----------------------------------	-----------------

<u>PRESENTATION DE LA METHODE DE TRAVAIL UTILISEE.....</u>	<u>8</u>
---	-----------------

<u>1 - LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE DANS LES SECTEURS PSYCHIATRIQUE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL : DES CHAMPS D'INTERVENTION DIFFÉRENTS MAIS DES MISSIONS COMMUNES.....</u>	<u>13</u>
---	------------------

1.1 LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE : LES POLITIQUES DE PRISES EN CHARGE.	13
--	-----------

1.2 LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL : STATUTS JURIDIQUES ET MISSIONS.	16
---	-----------

<i>1.2.1 Les organismes intervenants en direction des personnes adultes handicapées mentales.</i>	<i>16</i>
--	-----------

<i>1.2.2 Les organismes intervenants en direction des personnes adultes socialement handicapées.....</i>	<i>20</i>
--	-----------

1.3 LES ASSOCIATIONS : UN FACTEUR DE COLLABORATION	22
---	-----------

1.4 LA RENCONTRE DE LA PSYCHIATRIE ET DU CHAMP MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL : DES MISSIONS COMMUNES ET UNE COLLABORATION VIVEMENT SOUHAITÉE.....	23
--	-----------

2 - LA COLLABORATION DES SECTEURS PSYCHIATRIQUE, MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE DE L'ADULTE : LES ENTRAVES A SA MISE EN ŒUVRE.....26

2.1 LES SECTEURS PSYCHIATRIQUE, MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL : DES PARCOURS HISTORIQUES ET POLITIQUES DISTINCTS INDUISANT DANS LES FONCTIONNEMENTS INSTITUTIONNELS DE DIFFICILES COMPATIBILITÉS CULTURELLES26

2.1.1 *La genèse des différents secteurs : des chemins divergents 26*

2.1.2 *Des philosophies institutionnelles particulières à chaque secteur : des compatibilités souvent difficiles. 31*

2.1.3 *Néanmoins, un exemple de collaboration réussie : la gestion partenariale du centre de jour Ker Héol à Lorient 35*

2.2 LES EFFETS DE L'ORDONNANCE HOSPITALIÈRE DU 24 AVRIL 1996 : ADÉQUATION DE LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DE LA PERSONNE OU OPPORTUNITÉ POLITIQUE ET ÉCONOMIQUE POUR CERTAINS HOPITAUX.....37

2.2.1 *L'adéquation de la prise en charge institutionnelle : le passage de l'état de malade hospitalisé au statut de handicapé accueilli. 37*

2.2.2 *Transformation des services psychiatriques en institutions médico-sociales : quelle est la préoccupation première des promoteurs de certaines « reconversions » ?..... 39*

2.3 LA COMPLEXITÉ À DÉFINIR LES TERMES « HANDICAP, INVALIDITE, INCAPACITÉ, INADAPTATION, DÉSAVANTAGE, DÉFICIENCE ET MALADIE» ET LES DIFFÉRENTES INTERPRÉTATIONS DE LEUR CONTENU SÉMANTIQUE AUGMENTENT LA DIFFICULTÉ À ORGANISER UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ADAPTÉ ET COHÉRENT.42

2.3.1 *« Handicap, invalidité, incapacité, inadaptation, désavantage, déficience et maladie » : des définitions complexes et des contenus sémantiques donnant lieu à des interprétations différentes 42*

2.3.2 *Les conséquences de ces interprétations différentes par les acteurs concernés sur l'organisation d'un dispositif de prise en charge adapté et cohérent 46*

<u>3 - LA COLLABORATION DES ACTEURS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX : LES MOYENS VISANT A CONTRER LES ENTRAVES A SA REALISATION DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE</u>	<u>49</u>
3.1 RÉDUIRE LES DIFFÉRENCES CULTURELLES DES DIFFÉRENTS SECTEURS PAR LA MODIFICATION DES PROGRAMMES DE FORMATION DES PROFESSIONNELS ET L'INCITATION ACCENTUÉE À LA FORMATION CONTINUE.	49
3.2 HARMONISER LE SENS ET L'INTERPRÉTATION DES TERMES UTILISÉS DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE	51
3.3 CRÉER DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET DE LIEU DE VIE NE RELEVANT PAS EXCLUSIVEMENT D'UN SECTEUR : LA MALADIE ET LE HANDICAP NE DOIVENT PAS ÊTRE DES STRATÉGIES D'ORIENTATION EN ÉTABLISSEMENT.	53
<u>CONCLUSION</u>	<u>57</u>

- REMERCIEMENTS -

Je remercie :

- ♦ **Jean-Julien L'AZOU**, Inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales à la DRASS de Bretagne et maître de stage, pour sa disponibilité et son aide précieuse.
- ♦ **Anne LEMOINE-PAPE**, Inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales à l'ARH de Bretagne, pour ses conseils et ses remarques sur le sujet de ce mémoire.
- ♦ Toutes les personnes de la DRASS de Bretagne qui m'ont aidée dans mes recherches et particulièrement **Nelly ANDRE**, **Lucienne IVILLARD** et **Isabelle PELIN**.
- ♦ **Tous les directeurs, les présidents et les professionnels** rencontrés au cours de la réalisation de ce mémoire, pour l'attention qu'ils ont bien voulu accorder à ce travail et l'éclairage qu'ils ont apporté à ma réflexion.
- ♦ **Toutes les personnes** concernées de près ou de loin par la santé mentale qui ont bien voulu répondre à mes questions, pour leurs enrichissants témoignages.

Je remercie également :

- ♦ **Mansour**, pour sa chaleureuse hospitalité.
- ♦ **Stefan**, pour son efficace soutien moral.
- ♦ **Marie-do**, pour sa dynamisante présence durant la phase de rédaction.

Liste des sigles utilisés

AIPSH : association pour l'insertion professionnelle et sociale des handicapés

AMP : aide médico-psychologique

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

CAT : centre d'aide par le travail

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CDES : commission d'éducation spéciale

CHG : centres hospitalier général

CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

CHS : centre hospitalier spécialisé

CIH : classification internationale du handicap

CMP : centre médico-psychologique

COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

CROSS : comité régional d'organisation sanitaire et sociale

DSM IV : manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux

FAHG : foyer pour adultes handicapés graves

FAS : foyer d'accueil spécialisé

FDT : foyer à double tarification

FNAPPsy : fédération nationale des associations de patients et ex-patients de la psychiatrie

GRISS : groupe de recherche et d'intervention dans le secteur de la santé

IFSI : instituts de formation en soins infirmiers

IFTS : instituts de formation des travailleurs sociaux

IME : institut médico-éducatif

IR : institut de rééducation

MAS ; : maison d'accueil spécialisé

OMS : organisation mondiale de la santé

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PSPH : établissements privés participant au service public hospitalier

SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

UNAFAM : union nationale des associations de familles et amis de malades mentaux

UNAPEI : union nationale des associations de parents et amis de personnes inadaptées

«ici a commencé pour moi ce que j'appellerai l'épanchement du songe dans la vie réelle. A dater de ce moment, tout prenait parfois un aspect double, et cela, sans que le raisonnement manquât jamais de logique, sans que la mémoire perdit les plus légers détails de ce qui m'arrivait. Seulement mes actions, insensées en apparence, étaient soumises à ce que l'on appelle illusion, selon la raison humaine... » Gérard de Nerval « AURELIA » 1853

INTRODUCTION

Le Haut Comité de Santé Publique, reprenant les termes de l'Organisation Mondiale de la Santé, définit la santé comme un «état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité »

Ainsi la bonne santé de l'individu ne dépend pas uniquement de sa prise en charge sanitaire, mais aussi d'un ensemble de paramètres sociaux et environnementaux.

Lorsque l'on aborde la santé mentale, ce constat se confirme mais aussi se complexifie.

La définition du terme «santé mentale» constitue déjà une première difficulté : en quoi le malade mental se distingue-t-il du bien portant mental ? Pour éviter de dissenter trop longtemps sur les fluctuations de la notion de maladie mentale selon les lieux, les époques, les politiques, les religions, les cultures, etc..... , La définition retenue dans ce mémoire, et qui reste néanmoins subjective, est la suivante : est considérée comme malade mentale toute personne qui présente une pathologie psychiatrique diagnostiquée en tant que telle par un psychiatre.

Le problème sémantique n'est cependant que partiellement résolu, puisque la distinction, éventuelle, entre maladie mentale et handicap mental constitue une seconde difficulté : en quoi un malade mental se distingue-t-il d'un handicapé mental ? La définition du handicap retenue ici¹, et qui reste elle aussi relativement subjective, est la suivante : est considérée comme handicapée mentale toute personne dont l'altération mentale a fait l'objet, à sa demande, d'une évaluation et d'une reconnaissance par les commissions départementales compétentes (CDES² et COTOREP³).

Au-delà de ces définitions relativement arbitraires, émergent les notions de souffrances à soulager, relevant du soin, et celles de handicap à compenser et à atténuer, relevant du social.

Mais la perception sociale négative de la pathologie mentale et l'inquiétude communément générée par la crainte de ses manifestations compliquent les interactions entre les différents constituants permettant d'accéder à la santé.

De plus, la notion de guérison dans la maladie mentale apparaît souvent plus aléatoire que dans la maladie somatique, liée à des paramètres, entre autres, sociaux, relationnels, économiques et culturels, et de ce fait, lorsque l'on aborde

¹ C'est aussi la définition qu'en a fait Simone Veil devant le Sénat le 3 avril 1975

² **C**ommission **D**épartementale d'**E**ducation **S**péciale

³ **C**ommission **T**echnique d'**O**rientation et de **R**Eclassement **P**rofessionnel

la santé mentale, la frontière entre maladie et santé devient particulièrement ténue.

Si la souffrance qu'elle engendre et les conséquences socio-économiques qu'elle génère sont mieux prises en compte aujourd'hui, la maladie mentale continue néanmoins de susciter des sentiments ambivalents, oscillant entre le rejet, la protection, le mépris et la compassion, et provoque fréquemment le malaise de ceux qui la côtoient.

L'historique de sa prise en charge longtemps soustraite aux yeux de la société à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques est d'ailleurs le reflet des perceptions ambiguës de la maladie mentale : dans un premier temps lieux de refuge et d'hébergement, la majorité des asiles, créés dans le cadre de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, deviennent rapidement des lieux concentrationnaires d'internement.

Dans ce contexte où la prise en charge de la maladie mentale ne connaît pas d'alternative, le malade étant soit enfermé à l'hôpital sous l'emprise des psychiatres, soit abandonné à la charge de son entourage, apparaissent des mouvements de familles de malades décidées à se mobiliser pour créer de nouvelles formes de prises en charge institutionnelles.

Ces mouvements, nés à la fois de l'hostilité des familles de malades à l'égard de l'hôpital psychiatrique et de la passivité de l'Etat face à ce problème, créent ainsi les bases de ce qui constitue la plus grande part du secteur médico-social actuel. Ce secteur est aujourd'hui encadré par les deux lois du 30 juin 1975, l'une en faveur des personnes handicapées, l'autre relative aux institutions médico-sociales.

En 1960, la politique de prise en charge des malades mentaux par l'hôpital psychiatrique prend un cap nouveau avec la circulaire du 15 mars sur le secteur et l'humanisation des hôpitaux qui prévoit, entre autre, que le malade doit être pris en charge dans son environnement social et familial, l'hospitalisation n'étant plus qu'une étape du traitement.

Parallèlement à l'évolution des pratiques médicales et des politiques hospitalières, l'évolution de la pharmacologie génère de nouvelles thérapies médicamenteuses, notamment l'introduction des neuroleptiques dans les années 50 et du lithium dès 1970. Ces nouvelles thérapies permettent de réduire considérablement la durée d'hospitalisation et de modifier l'atmosphère hospitalière, favorisant ainsi le suivi extra-hospitalier. Les personnes atteintes de troubles psychiatriques bénéficient donc de plus en plus souvent de soins ambulatoires, hors des modalités de placement sous contrainte prévue par la loi de 1838.

Le malade mental tente alors de (re)trouver une place dans la cité, le secteur psychiatrique ne revendique plus le monopole de sa prise en charge, ou plutôt en revendique un nouveau mode : le soin n'induit plus systématiquement l'hébergement.

Issue des contraintes économiques imposées aux hôpitaux dès la fin des années 90 dans le but de diminuer les dépenses de santé et favorisée par de nouvelles méthodes médicales, la politique de réduction du nombre de lits du secteur psychiatrique renvoi vers la société une population peu habituée à se prendre en charge, du fait d'un long passé hospitalier, ou inadaptée à la vie sociale, de part l'impact de la maladie sur sa perception de l'environnement et/ou d'elle-même.

L'impact de ces politiques est, en outre, exacerbé en Bretagne par le fait que, d'une part, il existe dans cette région une surcapacité des lits de psychiatrie par rapport aux autres régions et, d'autre part, parce que durant plusieurs décennies une grande partie des personnes hospitalisées au long cours dans certains gros hôpitaux psychiatriques n'étaient pas originaires de Bretagne.

De plus, la crise économique et l'évolution des modes de vie génèrent l'apparition de difficultés sociales et relationnelles qui peuvent être la cause de souffrances psychologiques intenses, révélant alors des pathologies mentales latentes.

Par ailleurs, un nombre croissant de personnes souffrant de troubles psychiatriques, qu'elles soient hospitalisées ou non, sont, à des degrés divers,

confrontées à des difficultés, voire des inadaptations, sociales. Ces difficultés et inadaptations peuvent être ponctuelles, évolutives ou définitives, débouchant parfois sur la reconnaissance d'un handicap, ainsi que le permet l'article 35.2 de la loi de 1975. Ce handicap peut lui-même être temporaire, évolutif ou définitif.

Pour tous ces types de population dont l'autonomie est, à des degrés divers, ponctuellement ou durablement limitée par les effets de la maladie mentale, dont l'insertion sociale s'avère complexe ou impossible à court terme et dont la famille est absente ou dans l'impossibilité compréhensible d'assumer seule le poids et la responsabilité de la gestion de la vie quotidienne d'une personne malade mentale, la prise en charge institutionnelle peut parfois être une solution temporaire, durable ou définitive, à condition que cette prise en charge soit assurée simultanément, et non alternativement, par les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

En effet, parce que l'imbrication des problèmes psychiatriques et des difficultés sociales et familiales est généralement très forte et parce que les besoins de soins et d'accompagnement social et éducatif sont fréquemment fluctuants ou concomitants, la collaboration des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux devient une nécessité.

Pourtant, initialement préconisée par la circulaire de 1960, confirmée par celle du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, cette collaboration entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge des pathologies mentales reste insuffisamment développée pour les populations adultes, bien que sa pertinente nécessité soit unanimement reconnue par les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Lorsqu'un partenariat est organisé, sa pérennité reste aléatoire et son efficacité est plus souvent liée à des affinités de personnes, mues par un désir commun de travailler ensemble, qu'à l'existence de conventions institutionnelles et de cadres réglementaires, même si certains de ces dispositifs ont parfois le mérite de créer un contexte favorable.

De plus, le risque que cette collaboration se réalise au détriment d'une des deux cultures est fréquent à plus ou moins long terme : la prise en charge sanitaire étouffant l'approche médico-sociale, ou inversement.

Ainsi, si la complémentarité des spécificités des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge de la santé mentale ne cesse d'être réaffirmée par la quasi-totalité des acteurs concernés et préconisée par de nombreux plans et schémas, la ferveur enthousiaste de l'affirmation collective de cette nécessaire collaboration ne se reflète pas sur le terrain, et particulièrement en ce qui concerne la prise en charge de l'adulte.

Face à ce constat, on peut se demander si l'existence d'importantes différences culturelles entre les champs psychiatrique, médico-social et social liées à des parcours historiques et politiques distincts, voire divergents, n'induit pas des philosophies de fonctionnement de structures et d'approche de l'individu difficilement compatibles, empêchant ainsi une collaboration⁴ harmonieuse de ces différents secteurs.

Par ailleurs, l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 permet aux établissements de santé, publics et privés, de créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés par la loi de 1975.

Les effets de cette ordonnance n'accéléraient-ils pas, dans certains cas, le naufrage d'éventuelles perspectives de collaboration par un phénomène de transformation des services psychiatriques en institutions médico-sociales dont la plus-value dans la prise en charge de la personne accueillie apparaît parfois très discutable, n'étant pas toujours la préoccupation première des promoteurs de ces « reconversions », alors que leur mise en œuvre est généralement confiée à des personnes sincères et convaincues du bien-fondé de ce changement de prise en charge.

Enfin, la complexité à définir de façon consensuelle les termes « maladie, handicap, incapacité, invalidité, inadaptation, désavantage et déficience » et les

⁴ Les mots collaboration et collaborer reviendront très souvent dans ce mémoire car il ne semble pas exister de synonymes conservant l'intensité de leur sens étymologique. du lat. cum, avec et laborare, travailler : **travailler avec une ou plusieurs personnes à une œuvre commune.**

différentes interprétations que les acteurs concernés font du contenu sémantique de ces mots contribuent très probablement à accroître les difficultés à organiser un dispositif de prise en charge adapté, cohérent et satisfaisant tous les besoins, tant en matière de soins qu'en matière d'accompagnement social et éducatif.

Ce mémoire tentera donc d'apporter des éléments de réponse à l'ensemble des questions ainsi posées.

Après la présentation de la méthode de travail utilisée, un examen des textes est cependant nécessaire afin de bien comprendre quelles sont les missions propres à chacun des secteurs, mais aussi pour examiner leurs missions communes.

Ensuite, les hypothèses, précédemment évoquées, d'entrave à la collaboration des secteurs psychiatrique, médico-social et social seront développées et analysées afin de dégager un certain nombre d'observations et de critiques.

Enfin, ces observations et critiques seront utilisées pour tenter de déterminer des propositions visant à améliorer la situation actuelle, amélioration à laquelle le positionnement des services de l'Etat peut sensiblement contribuer.

PRESENTATION DE LA METHODE DE TRAVAIL UTILISEE

La question de départ :

Pourquoi, en Bretagne, la collaboration des secteurs psychiatrique, médico-social et social dans la prise en charge des adultes souffrant de troubles mentaux fonctionne-t-elle de façon aléatoire, non pérenne et n'est que ponctuellement efficace, alors que la nécessité de cette collaboration a été largement démontrée ?

Les hypothèses de départ :

Quatre hypothèses étaient au départ avancées pour permettre de répondre à cette question et d'analyser les facteurs qui peuvent être une entrave à la mise en œuvre de cette collaboration :

- 1) La confrontation de logiques budgétaires différentes générant un rapport de force entre les secteurs psychiatrique, médico-social et social.
- 2) L'existence de cultures différentes entre les secteurs psychiatrique, médico-social et social liés à des historiques distincts.
- 3) L'utilisation dévoyée de l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- 4) La complexité à définir les termes « maladie, handicap, incapacité, inadaptation, désavantage et déficience » et les différentes interprétations de leur contenu sémantique par les acteurs concernés.

Les hypothèses finalement validées :

Après la prise de connaissance approfondie d'un certain nombre de documents (cf. recherches théoriques et investigations sur le terrain) et l'analyse des entretiens des personnes rencontrées, il s'avère que sur les quatre hypothèses de départ, trois ont pu être validées :

- 1) L'existence de cultures différentes entre les secteurs psychiatrique, médico-social et social liés à des historiques distincts.
- 2) L'utilisation dévoyée de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- 3) La complexité à définir les termes « maladie, handicap, incapacité, inadaptation, désavantage et déficience » et les différentes interprétations de leur contenu sémantique par les acteurs concernés.

En revanche, la 1^{ère} hypothèse, (confrontation de logiques budgétaires différentes générant un rapport de force entre les secteurs psychiatrique, médico-social et social) n'est finalement pas apparue particulièrement fondée, tout au moins dans le cadre de ce sujet.

Il existe effectivement des logiques budgétaires très différentes entre les secteurs dont il est question dans ce mémoire, mais il ne semble pas qu'elles constituent à elles seules une entrave à la collaboration étudiée, même si la répartition des financements ne favorise pas toujours la cohérence des dispositifs.

Bien que ces logiques budgétaires aient parfois été avancées comme une difficulté à surmonter pour travailler ensemble, elles semblent n'en constituer réellement une que lorsqu'elles se trouvent associées à l'une des trois hypothèses validées.

Quant au rapport de force dont elles seraient à l'origine, peu d'éléments, tant théoriques que sur le terrain, ont permis de dépasser le stade des impressions...

Il existe bien des tensions, mais peut-être relèvent-elles plus de contraintes économiques imposées par la conjoncture actuelle que de logiques budgétaires incompatibles.

Compte-tenu de ces considérations, trois hypothèses ont donc été retenues et celle dont le fondement est apparu très incertain a été abandonnée.

Les recherches théoriques

Se reporter aux références bibliographiques en fin de document.

Investigations sur le terrain

➤ **Documents consultés:**

Dossiers **C.R.O.S.S.** (comité régional d'organisation sanitaire et sociale) :

- transformations de structures sanitaires en structures médico-sociales
- créations de structures médico-sociales

ARH de Bretagne, *Schéma régional d'organisation sanitaire, santé mentale en Bretagne 2001-2005*

DRASS de Bretagne, ALTAO, *épidémiologie des suicides en Bretagne*, 2000

DRASS de Bretagne, *Plan pluriannuel MAS-FDT de Bretagne 1999-2003*, juin 2000

Mission nationale d'appui en santé mentale, *Rapport sur la psychiatrie des secteurs sanitaires 3,4 et 8 de Bretagne*, septembre 1999

➤ **Entretiens réalisés :**

Mr ANTENEN, directeur de l'association l'Autre Regard, RENNES

Mme BERHAULT, psychiatre de l'hôpital de jour du Placis Vert, THORIGNE FOUILLARD

Mr BREGER, infirmier psychiatrique de l'équipe mobile du Centre Hospitalier G.REGNIER, RENNES

Mr BRETON, directeur du CHRS des Tertres Noirs, VITRE

Mr CASTILLE, psychiatre de la MAS Le Placis Vert, THORIGNE FOUILLARD

Mr CHEVALIER, psychologue au CMP (St Exupéry), RENNES

Mr DE CLARY, directeur par intérim (au moment de l'entretien) du CHRS St Benoît Labre, RENNES

Mr EVANNO, administrateur de l'AIPSH, LORIENT

Mr FAUSSIÉ, éducateur-chef faisant fonction de directeur-adjoint (au moment de l'entretien) du CHRS St Benoît Labre, RENNES, ainsi que les éducateurs, l'assistante sociale et l'infirmière du CHRS.

Franck, résident (au moment de l'entretien) du CHRS St Benoît Labre, RENNES

Mme KELLER, directrice de la MAS Le Placis Vert, THORIGNE FOUILLARD (secteur public)

Mr HERVIOUX, président de l'URAPEI de Bretagne

Mr LAURENT, secrétaire général de l'ADAPEI 35

Mr LE CORFF, directeur adjoint du CHS Charcot, CAUDAN

Mr LE FOLL, psychiatre chef de service et président de la CME du Centre Hospitalier G. REGNIER, RENNES

Mr LEGENDRE, directeur du CAT les Ateliers Rennais, BETTON (gestion associative)

Mr LE HUNSEC, responsable de la structure le Chalet (action expérimentale de formation pour accompagner vers l'emploi de jeunes adultes autistes), PONT SCORFF

Mr LEMARIE, psychiatre chef de service Centre Hospitalier G. REGNIER, intervenant dans le CAT de THORIGNE

Mr LENE, directeur du CAT de THORIGNE FOUILLARD (secteur public)

Mme LIEGEOIS, cadre infirmier supérieur de la MAS Le Placis Vert, THORIGNE FOUILLARD, ainsi que six cadres-infirmiers et l'assistante sociale de la MAS

Mr MARTIN, responsable de la MAS Villa Cosmao, LORIENT (gestion associative)

Mr PLANSON, Directeur de l'association AIPSH (aide à l'insertion professionnelle et sociale des handicapés), LORIENT

Mr POLLONO, directeur de la MAS du Gai-Fleury, SAINT GEORGES DE REINTEMBault (gestion associative)

Mr POUYOLLON, psychiatre chef de service Centre Hospitalier G. REGNIER, RENNES

Mme QUISTREBERT, assistante sociale au Centre Hospitalier G. REGNIER, RENNES

Mr RICHARD, responsable du centre d'accueil de jour Ker Héol, LORIENT (gestion partenariale AIPSH/ CH Charcot)

Mr RIO, responsable du Puzzle (centre d'accueil de personnes en situation d'errance), RENNES

Mme THOMAS directrice (au moment de l'entretien) de la MAS le Petit Clos, PLOEUC sur LIE et présidente du réseau ORA (ouest réseau autisme)

Mr TOQUET, médecin généraliste de la MAS Le Placis Vert, THORIGNE FOUILLARD

1 -LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE DANS LES SECTEURS PSYCHIATRIQUE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL : DES CHAMPS D'INTERVENTION DIFFERENTS MAIS DES MISSIONS COMMUNES.

1.1 LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE : LES POLITIQUES DE PRISES EN CHARGE.

Mettant fin à la prise en charge asilaire des malades mentaux telle qu'elle avait été définie par la loi de 1938, la circulaire du 15 mars 1960 bouleverse le paysage français de la psychiatrie en faisant du secteur l'unité géographique et institutionnelle autour de laquelle s'organise la psychiatrie publique.

Cette circulaire prévoit ainsi la subdivision des départements en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur desquels une même équipe médico-sociale doit assurer la totalité des actions de prévention, de soins ou de suivi postcure pour l'ensemble de la population desservie. L'intégration et la réadaptation du malade deviennent des objectifs de santé mentale. Il s'agit de prendre en charge le malade dans son environnement familial et social, l'hospitalisation n'étant plus qu'une étape du traitement. La sectorisation repose par conséquent d'une part sur la proximité des lieux de soins et d'autre part sur l'unicité du traitement grâce à la présence d'une seule et même équipe médico-sociale.

Il faut cependant attendre la loi du 25 juillet 1985 sur la sectorisation psychiatrique pour que soit reconnu au secteur un fondement législatif et que soit affirmé le caractère global des actions de luttres contre les maladies mentales. En effet, l'article 8 de cette loi fait du secteur le cadre géographique et

institutionnel dans lequel doit s'exercer la lutte contre les maladies mentales, laquelle comporte des actions de prévention, de diagnostic et de soins.

Le secteur devient également une base de planification en santé mentale puisqu'il entre dans la définition de la carte sanitaire depuis la loi du 31 décembre 1985, portant réforme de la psychiatrie publique, qui réunit les secteurs intra et extra-hospitaliers

Par ailleurs, la loi de Finances du 30 décembre 1985 prévoit dans son article 79 le transfert du budget global de la santé mentale à l'Assurance maladie, mettant fin à la dispersion des financements des actions de lutte contre les maladies mentales.

Le décret du 14 mars 1986 relatif à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (décret d'application de la loi du 25 juillet 1985) prévoit la mise en place de deux types principaux de secteurs⁵ : les régions sont découpées en secteurs de 70 000 habitants en psychiatrie générale, et de 200 000 habitants en psychiatrie infanto-juvénile.

A chaque secteur est rattaché une équipe de secteur, composée d'un psychiatre hospitalier, d'internes, de personnels infirmiers et d'aides soignants, d'ergothérapeutes, de psychologues et d'un assistant social. Le psychiatre, chef de secteur, détermine les orientations de la politique de prise en charge en fonction des impératifs nationaux et des particularités locales. La continuité des soins doit être organisée dans le cadre du secteur en coordination avec les partenaires des domaines sanitaire et social.

Par ailleurs, chaque secteur dispose d'un équipement de base, défini par l'arrêté du 14 mars 1986 sur les équipements et services, devant lui permettre de mener à bien la prise en charge ambulatoire des patients, tant sur le plan préventif que curatif. Ces structures peuvent être distinguées selon qu'elles comportent ou non un hébergement.

♦ **Principaux modes de prises en charge sans hébergement :**

Le centre médico-psychologique (CMP) constitue le pivot de la politique de secteur. Il doit mettre en œuvre une politique de prévention, de diagnostic et de soins précoces. Il est à la fois un lieu d'accueil du public, de soins et de coordination au sein de l'équipe comme avec ses partenaires extérieurs. Des CMP spécifiques, appelés centres d'accueil permanent, sont ouverts 24h/24 et doivent gérer les urgences psychiatriques.

L'hôpital de jour est également une modalité de prise en charge fondamentale dans le cadre du secteur : il s'agit d'une prise en charge intensive, qui met en œuvre des actions personnalisées, en continu ou en alternance avec d'autres formes de soins ambulatoires. Il doit être facile d'accès afin de s'articuler avec les lieux de vie habituels des patients.

Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) est une structure souple qui offre des soins modulables adaptés à la vie sociale du patient. Il doit se situer à proximité du domicile des familles.

♦ **Principaux modes de prises en charge avec hébergement :**

Si l'hospitalisation traditionnelle est aujourd'hui considérée comme un mode de prise en charge parmi d'autres, elle reste néanmoins nécessaire pour certains patients qui ont besoin d'alterner avec des prises en charge ambulatoires.

Ces unités d'hospitalisation à temps complet fonctionnent dans des centres hospitaliers généraux (CHG), des centres hospitaliers spécialisés (CHS) ou encore dans des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Les règlements intérieurs et les degrés de liberté varient selon les établissements. L'objectif de réintégrer les patients à la société extérieure et les restrictions budgétaires conduisent souvent à une réduction des durées de séjour.

⁵ Un troisième type de secteur, dit de psychiatrie en milieu pénitentiaire, doit répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements pénitentiaires. Cette organisation spécifique est

Les hôpitaux de nuit sont une autre forme de prise en charge avec hébergement, souvent dans le cadre de l'unité d'hospitalisation à temps complet. Ils s'adressent aux patients qui ont une activité durant la journée mais dont l'état nécessite des soins. Ils assurent ainsi des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et de surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, en fin de semaine.

L'accueil familial thérapeutique peut constituer une alternative à l'hospitalisation dans les cas où la séparation de la personne avec son milieu est une nécessité thérapeutique. Contrairement aux lieux de vie qui relèvent du médico-social, ce type d'accueil implique la permanence de l'équipe soignante.

1.2 LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL : STATUTS JURIDIQUES ET MISSIONS.

L'équipement médico-social et social de la France est constitué par une large gamme d'organismes. Dans ce mémoire il ne sera question que de ceux qui interviennent en direction des personnes adultes handicapées mentales et des personnes adultes socialement handicapées.

1.2.1 Les organismes intervenants en direction des personnes adultes handicapées mentales.

La prise en charge du handicap mental de l'adulte est encadrée par la loi d'orientation n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des handicapés physiques, sensoriels et mentaux. Elle a mis en place la COTOREP et a confirmé le rôle des établissements venant en aide aux personnes handicapées.

La COTOREP, dont la compétence est départementale, se prononce tant sur l'orientation professionnelle (milieu ordinaire et milieu protégé) que sur l'orientation en matière d'hébergement (foyer et maison d'accueil spécialisée). Elle décide également des aides financières, à partir d'un guide barème mis en place par le décret du 4 novembre 1993.

Les COTOREP, qui ont fait l'objet de nombreux rapports et tentatives d'amélioration de leur fonctionnement, sont confrontées à un encombrement croissant des dossiers, lié à une inflation des demandes. En effet, conçue au début des années 70 à une époque de progrès économique accéléré, la loi de 1975 est entrée en vigueur dans une période de crise économique et de dépression du marché de l'emploi. Un des effets de cette situation est, en amont, l'accroissement des demandes de personnes démunies, chômeur de longue durée, à la frontière du handicap, mais posant plus un problème social que médical ou médico-social, et, en aval, la difficulté de reclassement professionnel des travailleurs handicapés.

Les établissements pour adultes handicapés se répartissent en deux catégories : les établissements de travail protégé, d'une part, et les établissements d'accueil et de soins, d'autre part. Les personnes handicapées accueillies dans ces établissements ont toutes fait l'objet d'une orientation COTOREP.

♦ Les établissements de travail protégé : ateliers protégés et centres d'aide par le travail (CAT) :

Les ateliers protégés, créés au départ pour les ouvriers au rendement affaibli par l'âge, la maladie ou l'accident du travail, reçoivent depuis la loi du 23 novembre 1957 des personnes handicapées (handicap mental, moteur, sensoriel) qui ne peuvent travailler en milieu ordinaire, tout en ayant des capacités supérieures à celles d'une personne orientée vers un CAT. Les ateliers protégés sont des unités de production, autonomes ou fonctionnant dans une entreprise, relevant du ministère du travail et sont soumis à la concurrence économique : ils doivent donc être productifs même s'ils bénéficient de subventions.

L'atelier protégé emploi des personnes dont le passage peut parfois être une transition entre un CAT et un emploi en milieu ordinaire. Les personnes employées ont un statut de salariés et le mode de calcul particulier de leur salaire (en fonction du rendement et du temps réel passé à l'exécution des tâches) constitue la seule dérogation au droit du travail.

Conçus comme un ajustement des premiers ateliers protégés à des personnes handicapées moins productives, les centres d'aide par le travail (CAT), nés du décret du 2 septembre 1954 traitant des établissements d'assistance par le travail, étaient initialement annexés aux ateliers protégés sous le nom de «centre de réentrainement au travail». L'appellation de centre d'aide par le travail et la distinction entre atelier protégé et CAT ont été consacrées par la loi du 23 novembre 1957.

Les CAT permettent d'aider à l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni en milieu ordinaire, ni en atelier protégé. Le mot aide rappelle qu'il s'agit d'institutions médico-sociales comprenant un soutien médico-social et éducatif.

Les CAT fonctionnent avec deux budgets : un budget principal de l'activité sociale et un budget annexe de l'activité de production et de commercialisation, sur lequel sont rémunérés les travailleurs handicapés. Les travailleurs handicapés n'ont pas le statut de salarié et leurs droits ne relèvent donc pas des dispositions du code du travail.

♦ Les établissements d'accueil et de soins : maisons d'accueil spécialisé, foyer de vie, foyers d'hébergements et foyers à double tarification (FDT) :

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) accueillent à temps complet ou à temps partiel des adultes gravement handicapés sur le plan mental, moteur, sensoriel, et des polyhandicapés, «dès lors du moins que ces personnes ne présentent pas de troubles psychiatriques dominants » (circulaire du 28 décembre 1978)

L'appellation de MAS est absente de la loi du 30 juin 1975 qui les a créées. Il s'agissait alors d'ouvrir des établissements d'accueil et de soins pour les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et

dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Ils ont été dénommés MAS par le décret du 26 décembre 1978.

Les MAS, conçues en petites unités de vie pour permettre des animations collectives et des activités occupationnelles, assurent un hébergement complet avec un taux d'encadrement de 1 pour 1. Les MAS, dont la capacité optimale est d'environ 40 places, constituent souvent une alternative à l'hospitalisation psychiatrique des personnes lourdement handicapées mentales.

Le foyer de vie ou foyer occupationnel, les deux termes désignant indifféremment le même type d'établissement, accueille des personnes handicapées adultes à l'autonomie réduite, ne pouvant pas travailler mais ne nécessitant pas de soins constants comme dans une MAS. L'expression «foyer de vie » insiste sur l'importance qui doit être donnée au maintien d'une dynamique collective et individuelle ; celle de «foyer occupationnel » rappelle plus une incapacité à être productif. Les foyers de vie ou occupationnels fonctionnent en internat ou semi-internat.

Depuis quelques années sont apparues des appellations nouvelles : foyer d'accueil spécialisé (FAS) ou foyer pour adultes handicapés graves (FAHG). Dans tous les cas, le cadre juridique et réglementaire est imprécis car aucun texte légal ne leur est explicitement consacré, ce qui explique la multiplicité des appellations.

Ces établissements, dont 70% des places sont attribuées au handicap mental, servent parfois de transition, ce qu'il faut éviter, entre les foyers d'hébergement et les MAS, pour des personnes handicapées ayant travaillé plusieurs années dans un CAT et admises, faute de structures adaptées, en raison de leur vieillissement.

Le foyer d'hébergement pour adultes handicapés accueille des personnes plus autonomes que les foyers de vie ou foyers occupationnels. Les foyers d'hébergement, dont 90% des places sont attribuées au handicap mental, fournissent aux personnes handicapées qui ne peuvent rester dans leur famille un hébergement et un entretien ainsi qu'un soutien médico-éducatif. Certains sont annexés à une structure de travail protégé.

Le foyer à double tarification (FDT), accueille des personnes adultes gravement handicapées, inaptes au travail et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Instituées par la loi du 14 février 1986, cette formule initialement expérimentale vise, d'une part, à réduire la distinction entre foyer de vie et MAS, qui reçoivent, dans la réalité, des populations relativement similaires du point de vue des capacités d'autonomie et, d'autre part, à créer un effet d'entraînement réciproque entre les conseils généraux (compétents pour les foyers) et l'Etat (compétent pour les MAS) en vue de mieux répondre aux besoins en engageant simultanément les deux compétences, ce qui implique une double tarification.

L'expérimentation initiale a été confirmée par la circulaire du 3 juillet 1987, qui a permis d'augmenter le nombre des FDT, puis la circulaire du 22 avril 1988 a élargi son application aux malades mentaux stabilisés.

Cependant, l'effet d'entraînement réciproque n'a pas été aussi fort que prévu. En outre, le Conseil d'Etat a considéré dans un arrêt du 30 juin 1999 que les circulaires de 1986 et 1987 n'avaient pas de fondement légal. Un décret, en cours d'élaboration, sera d'ailleurs pris à la suite de la révision de la loi du 30 juin 1975.

1.2.2 Les organismes intervenants en direction des personnes adultes socialement handicapées.

Si la loi du 30 juin 1975 ignore la notion de handicap social, qui n'est présente dans les textes officiels qu'à propos des personnes reçues en centre d'hébergement et de réinsertion sociale, elle ouvre cependant une voie, par son article 35.2⁶ vers la reconnaissance des conséquences l'inadaptation sociale comme un handicap.

Cependant, le handicap étant affaire individuelle, on préfère l'expression d'inadaptation sociale pour indiquer que les difficultés sociales d'un individu ne

⁶« l'allocation aux adultes handicapés est également versée à toute personne dont l'incapacité permanente n'atteint pas le pourcentage fixé par le décret prévu au 1^{er} alinéa ci-dessus, mais qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité, reconnue par la COTOREP, de se procurer un emploi » art.35.2 de la loi du 30 juin 1975. »

tiennent pas seulement à ses déficiences, mais aussi aux normes qui lui sont opposées et au contexte. Il apparaît ainsi une différence d'approche entre l'abandon par la terminologie française de la notion de handicap social et perception anglo-saxonne véhiculée par la classification internationale du handicap (CIH) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV)

♦ Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Appelés centre d'hébergement et de réadaptation sociale jusqu'à la circulaire du 14 mai 1991 qui introduit la notion de réinsertion sociale, appellation entérinée en 1998 par la d'orientation loi du 29 juillet relative à la lutte contre les exclusions, les CHRS regroupent diverses formes d'hébergement pour des adultes (ou des familles) connaissant de graves difficultés sociales, dont les revenus insuffisants et les problèmes psychologiques rendent urgente une aide matérielle et éducative.

Il existe deux catégories de CHRS : les établissements d'accueil d'urgence et ceux dont la durée de séjour est plus longue et s'accompagne d'une activité de réinsertion.

Le principe des CHRS a été défini par le décret du 20 novembre 1953, puis par celui du 2 septembre 1954. Il existe ainsi à cette époque quatre catégories : les centres de reclassement féminin (déjà prévus par la loi du 13 avril 1946 pour lutter contre la prostitution), les centres d'hébergement pour indigents sortant des établissements hospitaliers, les centres d'hébergement pour ex-détenus, les centres d'hébergement pour les «vagabonds estimés aptes au reclassement ».

La liste est élargie par un décret et une circulaire du 15 juin 1976, prolongement de la loi du 19 novembre 1974 : réfugiés, rapatriés, placés sous contrôle judiciaire, condamné soumis au sursis avec mise à l'épreuve, handicapés sortant de foyer. Elle est complétée en 2000 par les jeunes très désocialisés et les toxicomanes.

Dans le contexte actuel de réduction du nombre de lits du secteur psychiatrique et d'aggravation de la crise économique, la proportion de personnes atteintes de pathologies mentales ou en souffrance psychique accueillies dans les CHRS augmente considérablement. Non reconnus pour prendre en charge ce type de population, ce que réaffirme d'ailleurs le schéma de santé mental de Bretagne, à la différence des structures médico-sociales (MAS, CAT, FDT ...), les CHRS n'ont pas de moyens adaptés à la prise en charge de ce domaine et éprouvent de plus en plus de difficultés à faire face à cette situation, malgré les efforts conduits dans le cadre du PRAPS⁷.

1.3 LES ASSOCIATIONS : UN FACTEUR DE COLLABORATION

La vie associative est un élément essentiel du paysage sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge de la pathologie mentale. Les quatre catégories d'associations que distingue la loi de 1901 sont représentées : les congrégations religieuses, les associations non déclarées sans personnalité morale et capacité juridique, les associations déclarées possédant la capacité morale et les associations reconnues d'utilité publique.

L'article L. 1111-5 du Code de la santé publique reconnaît d'ailleurs le rôle des associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Par ailleurs, la gestion associative des établissements médico-sociaux et sociaux domine puisqu'elle concerne environ 87% des structures en 2001. La plupart des structures accueillant des personnes handicapées mentales sont gérées par des associations, assez souvent des associations de parents de personnes handicapées. Dans le secteur social et médico-social, les associations sont donc les principaux employeurs. Selon l'UNIOPSS, les associations sanitaires et sociales employaient 560 000 personnes en 1998 (412 000 ETP)

⁷ programme régional d'accès à la prévention et aux soins

Dans le secteur sanitaire, il existe également une activité associative importante autour de la maladie mentale. Outre les associations issues des congrégations religieuses gérant des secteurs psychiatriques sous le nom d'«hôpitaux Privés faisant fonction de Publics », on distingue, notamment, deux groupes d'associations. L'un revendique plutôt une fonction de réadaptation et émane de soignants, ses formes actuelles (clubs, comités, ...), qui se sont développées depuis la circulaire du 4 février 1958, se sont pour la plupart réunies dans la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine. L'autre, revendiquant une fonction réhabilitatrice et s'inscrivant dans un mouvement de désinstitutionnalisation, propose des dispositifs pratiques d'insertion, que ce soit au niveau du logement ou de l'emploi, des activités culturelles et artistiques et des actions de sensibilisation de la population au thème de la folie.

Par ailleurs, les associations d'usagers commencent à s'organiser et seront certainement amener à jouer un rôle de plus en plus important dans les années qui viennent. La plupart des associations d'usagers en santé mentale sont fédérées par la FNAP-Psy⁸ qui participe à de nombreux travaux, dont notamment la charte de l'utilisateur en santé mentale et le Livre blanc des partenaires de santé mentale.

1.4 LA RENCONTRE DE LA PSYCHIATRIE ET DU CHAMP MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL : DES MISSIONS COMMUNES ET UNE COLLABORATION VIVEMENT SOUHAITEE.

La circulaire du 14 mars 1990 qui a refondé, trente ans après celle du 15 mars 1960, les grandes orientations de la politique de santé mentale rappelle aux équipes de psychiatrie la nécessité de mener des actions en partenariat avec d'autres secteurs et décideurs dans le cadre de réseaux de santé mentale, et non plus au sein d'un réseau de psychiatrie.

⁸ Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-patients de la Psychiatrie ; la FNAPPsy fédère à ce jour 30 associations sur toute la France.

La carte sanitaire de Psychiatrie en Bretagne, arrêté le 31 mars 2000, traduit la volonté de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de proposer à la population de la région une organisation de la prise en charge santé mentale mieux intégrée au dispositif global de soins et de prise en charge médico-sociale. Ainsi, la psychiatrie doit apporter son appui aux structures sociales et médico-sociales pour faciliter l'insertion sociale des malades mentaux et apporter une aide aux personnes confrontées au risque de l'exclusion sociale.

« Favoriser l'ensemble des articulations et complémentarités nécessaires à l'accessibilité et la continuité des soins » constitue l'une des actions prioritaires du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2001/2005 relatif à la santé mentale en Bretagne. En effet, il est constaté l'existence d'une demande importante des institutions médico-sociales pour adultes handicapés concernant un soutien de la psychiatrie auprès des personnes prises en charge. Dans ce contexte, les auteurs du schéma préconisent de « promouvoir et de définir l'articulation de la psychiatrie avec le champ médico-social » en rappelant que les personnes prises en charge dans des structures substitutives de domicile doivent bénéficier, dans des conditions aussi proches que possibles de la population, de l'intervention des équipes de secteurs et que ces structures doivent favoriser l'accès au dispositif sectoriel.

Un certain nombre de rapports, dont le récent⁹ rapport de mission « *de la psychiatrie vers la santé mentale* » des Drs PIEL et ROELANDT, rappelle la nécessité d'« apprendre travailler en réseau entre professionnels de champs différents » et de « rapprocher les cultures professionnelles »

La quasi-totalité des personnes rencontrées et des ouvrages consultés durant l'élaboration de ce mémoire émettent le souhait de voir se renforcer la collaboration entre les champs psychiatrique, médico-social et social, voire même en font la garantie d'une prise en charge optimale de la personne handicapée ou malade.

⁹ Juillet 2001

Pourtant, sur le terrain, la situation est bien différente. La fréquence de ces collaborations n'est pas à la hauteur de la vivacité des souhaits émis tant par les acteurs que par les pouvoirs, et les collaborations rencontrées ne reposent généralement que sur le bon vouloir de ceux qui les mettent en place, ce qui n'altère pas, de loin, leur efficacité, mais menace leur pérennité.

2 -LA COLLABORATION DES SECTEURS PSYCHIATRIQUE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE DE L'ADULTE : LES ENTRAVES A SA MISE EN ŒUVRE.

2.1 LES SECTEURS PSYCHIATRIQUE, MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL : DES PARCOURS HISTORIQUES ET POLITIQUES DISTINCTS INDUISANT DANS LES FONCTIONNEMENTS INSTITUTIONNELS DE DIFFICILES COMPATIBILITES CULTURELLES

2.1.1 La genèse des différents secteurs : des chemins divergents

2.1.1.1 Le secteur psychiatrique

Au début du XIVème siècle, les pouvoirs publics, confrontés à des enjeux économiques et immobiliers, font le choix de la reconversion d'une activité sanitaire pour sauver des bâtiments devenus inutiles. En effet, avec la fin des croisades et le déclin de la lèpre, les léproseries¹⁰, immenses bâtisses isolées dans la campagne, se vident de leurs occupants et deviennent donc rapidement dépourvues d'utilité.

L'importance du patrimoine foncier que représentent ces bâtiments attire les convoitises et le roi décide donc d'en maintenir le fonctionnement afin d'éviter qu'elles lui échappent. Les pouvoirs de l'époque ont l'idée de remplir ces bâtiments par tous les indésirables de la société d'alors. Ainsi, prostituées,

¹⁰ 2000 léproseries sont recensées en France en 1266

délinquants, opposants politiques, «possédés », asociaux, idiots, débiles et fous sont donc indistinctement mêlés et parqués en dehors des villes

La politique est sans ambiguïté. Il s'agit, d'une part, de soustraire les indésirables des villes pour satisfaire à la quiétude des populations et non de secourir, par un enfermement protecteur, des personnes fragilisées et, d'autre part de trouver une stratégie apportant une solution à un problème économique et immobilier.

Cette pratique de parage des indésirables va s'intensifier, et, au milieu du XVIIIème siècle, un décret royal fonde le statut de l'Hôpital Général, confirmant ce mouvement de «grand enfermement hors de la ville » (Foucault), auquel s'ajoutent, comme méthodes thérapeutiques, la contention par les chaînes et le cachot pour les plus agités, le travail pour les autres et une possible libération en contrepartie d'un engagement moral de l'intéressé.

A la fin du XVIIIème siècle, le médecin Philippe PINEL obtient des pouvoirs de l'époque l'arrêt de l'utilisation des chaînes et la possibilité de séparer les fous de la masse des délinquants et autres asociaux. C'est la première reconnaissance officielle de la folie et, de ce fait, PINEL est considéré comme le fondateur de la psychiatrie.

Cependant, le regard de la société à l'égard des fous ne se modifiant guère, PINEL et ses disciples, dont son élève Jean ESQUIROL, sont autant rejetés par la population que par le corps médical de l'époque. Dépourvus de moyens thérapeutiques efficaces, ces médecins-aliénistes consacrent l'essentiel de leur temps à observer les malades. Décrivant, répertoriant et classant les symptômes, ils édifient une importante nosographie constituant une véritable référence scientifique dont la psychiatrie actuelle porte encore l'héritage.

En 1838, après de longs et laborieux débats, le Parlement adopte une loi règlementant les internements. Cependant, si la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés est destinée à protéger les malades, elle est tout autant, sinon plus, destinée à protéger la société de la peur et des idées de dangerosité que véhicule la maladie mentale. En effet le rapport du comte de PORTALIS, l'un des rédacteurs du Code Civil et du concordat de 1801, ne rencontre aucune objection lorsqu'il indique :
« ...je voudrais qu'on se préoccupât de ce point-ci, c'est que nous ne faisons pas

une loi pour la guérison des personnes menacées ou atteintes d'aliénation mentale ; nous faisons une loi d'admission, de police et de sûreté. »

Les orientations politiques dominantes ne sont donc toujours pas tournées vers la prise en charge de la santé mentale, mais vers la prise en charge des effets de la maladie mentale sur une société qui conserve un regard très hostile aux malades.

Vers la fin de la seconde guerre mondiale, un groupe de thérapeutes issu de la résistance, dont Lucien BONNAFE, élabore un système innovant de soins aux malades mentaux qui initialise la réflexion conduisant à la rédaction de la circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur et l'humanisation des hôpitaux.

Cette politique nouvelle de santé repose sur deux principes fondamentaux : d'une part, la prise en charge thérapeutique du malade dans son environnement familial et social et, d'autre part, la continuité des soins assurés par une même équipe à toutes les phases du déroulement de la maladie

Péniblement mise en œuvre, la politique de sectorisation rencontre diverses résistances. En effet, les premiers obstacles se révèlent internes : d'une part, certains responsables des administrations de la Santé et de l'Economie, probablement endormis par les habitudes, retardent l'organisation des secteurs, et, d'autre part certains médecins des hôpitaux psychiatriques s'avèrent peu enclins à modifier leurs pratiques asilaires.

Apparaissent simultanément des entraves externes. Ainsi les psychiatres libéraux et salariés de droit privé, craignant la concurrence déloyale, le détournement de clientèle et l'atteinte aux libertés, se montrent extrêmement résistants à cette réforme. Cette méfiance est d'ailleurs aggravée par les maladresses de certains psychiatres des hôpitaux, confirmant leur volonté de monopole et leur autoritarisme.

De plus, la population perçoit d'un mauvais œil ce quadrillage psychiatrique qui lui inspire la même méfiance que les dispositifs policiers. Elle conserve, en outre, sa crainte instinctive et multiséculaire de la maladie mentale qui lui fait redouter par-dessus tout cette sortie des malades en dehors des murs de l'asile.

Enfin, les psychiatres, au lieu de conjuguer leurs efforts dans un travail commun, s'entre déchirent sur le terrain de la science et du pouvoir médical. Ainsi, les affrontements qui opposent entre eux les psychanalystes, les organicistes, les systémistes, les sociopsychiatres, les neurobiologistes et autres, contribuent à aggraver le doute existant sur les réelles motivations de certains à contribuer à l'amélioration de l'état de la personne malade mentale et portent ainsi préjudice à l'image de toute la profession, et particulièrement aux (trop) rares psychiatres qui voient dans la personne malade plus une personne qu'un malade.

2.1.1.2 Le secteur social et médico-social

La philosophie du secteur social et médico-social se révèle dès son émergence radicalement différente des principes psychiatriques.

Issus dans un premier temps, de courants caritatifs et dans un second temps, de mouvements associatifs et militants, les acteurs de ce secteur sont d'emblée porteurs de valeurs humanistes centrées sur le respect de la personne et la dignité qui doit accompagner l'atténuation des conséquences de la maladie mentale.

Apparues bien avant les mouvements associatifs, les œuvres caritatives, le plus souvent religieuses, fonctionnent selon un schéma de secours et de bienfaisance. Fondées sur le bénévolat et financées par de généreux donateurs, elles offrent à des populations rejetées par la société leur aide et leur hospitalité.

Le fonctionnement autarcique de leurs institutions et le soutien sans faille qu'elles apportent aux populations qui y sont accueillies permettent pendant plusieurs décennies aux pouvoirs publics d'avoir bonne conscience à moindre frais.

Cependant, dès la fin des années 40, le phénomène associatif se développe de façon considérable et bon nombre de ces œuvres adoptent les statuts que leur propose la loi de 1901, certaines se laïcisant au passage. La notion de bonne

œuvre tend alors à disparaître au bénéfice de celle de technicité, ces associations employant de plus en plus de personnels qualifiés et salariés

A la même époque, la prise en charge de la maladie mentale ne connaît toujours pas d'alternative. Le malade est soit enfermé à l'hôpital sous l'emprise des psychiatres et dans des conditions parfois très difficilement acceptables par les familles, soit abandonné à la charge de son entourage dans une société où la maladie mentale génère la peur et la répulsion. Dans ce contexte, apparaissent alors des mouvements de parents et de familles de malades décidés à se mobiliser pour créer de nouvelles formes de prises en charge institutionnelles.

Ces mouvements, nés d'une part, de l'hostilité des familles de malades à l'égard des psychiatres et de la prise en charge psychiatrique et, d'autre part, de la passivité de l'Etat face à leurs difficultés, créent ainsi les bases de ce qui constitue la plus grande part du secteur médico-social actuel.

Revendiquant le droit aux malades mentaux d'être reconnus avant tout comme des personnes exprimant un besoin de prise en charge spécifique, ces mouvements se constituent en associations et créent leurs propres structures dont ils deviennent les gestionnaires. Ces associations, dont l'organisation se consolide et l'action militantiste s'affirme, voient le nombre de leurs adhérents augmenter et les listes d'attentes de places dans leurs établissements s'allonger. Elles se fédèrent, acquièrent une influence politique et leur demande de création d'un dispositif cohérent en faveur de toutes les personnes handicapées et de reconnaissance de droits est enfin entendue : le 30 juin 1975 les deux lois qui encadrent dorénavant la prise en charge du handicap par le secteur médico-social sont adoptées, l'une en faveur des personnes handicapées, l'autre relative aux institutions médico-sociales.

Ces deux lois, ainsi que la reconnaissance officielle du handicap et les importants moyens financiers qu'elles accompagnent, déchaînent la colère des organisations professionnelles de psychiatres. Alors que dans le même temps, la récente sectorisation se met péniblement en place avec pour seul appui des circulaires, les psychiatres perçoivent dans ces nouvelles dispositions, outre une trahison de l'Etat et la confirmation de l'existence d'un courant hostile à la psychiatrie, un

clivage définitif entre sanitaire et social. Estimant que ces lois sur valorisent la notion de handicap au détriment de la maladie, ils combattent violemment ces textes.

Ainsi, si l'hostilité à la psychiatrie constitue, en partie, l'essence de la genèse du secteur médico-social, le ressentiment de la psychiatrie n'est pas moindre et les propos de Romain LIBERMAN¹¹ le transcrivent parfaitement «*parmi les ennemis, nombreux, des psychiatres et de la psychiatrie, il faut donner la palme sans conteste aux dénégateurs de la spécificité du fait mental réunis sous la bannière des lois du 30 juin 1975 portant création d'une nouvelle donne sociale organisée autour de la notion de handicap.* »

Le contexte évolue cependant, les hostilités s'estompent et la reconnaissance mutuelle semble apparaître peu à peu. Les associations de parents gestionnaires conservent néanmoins une grande méfiance à l'égard de la psychiatrie et certains psychiatres déplorent que la reconnaissance du handicap ne soit parfois qu'une stratégie d'orientation de la personne malade.

2.1.2 Des philosophies institutionnelles particulières à chaque secteur : des compatibilités souvent difficiles.

Compte-tenu du contexte précédemment évoqué, imaginer la personne atteinte d'une pathologie mentale comme la clef de voûte d'un dispositif de collaboration entre institutions psychiatriques, médico-sociales et sociales paraît d'emblée un peu difficile.

En effet, dignes héritiers de leur historique bien distinct, les dispositifs institutionnels s'organisent rarement autour de l'idée que la personne malade mentale nécessite des soins et que les effets de sa maladie, ponctuellement ou durablement handicapants, nécessitent un aménagement de son environnement et une compensation financière liée au coût de cet aménagement.

¹¹ Romain LIBERMAN, *Handicap et maladie mentale*, PUF, 1999

Au contraire, la notion de maladie est séparée de la notion handicap, voire opposée. S'il reste bien l'idée d'une relation de cause à effet entre les deux notions, le fait que la même personne puisse être simultanément malade mentale et handicapée est très loin de faire l'unanimité.

Le clivage dénoncé par les psychiatres est donc effectif, puisque la prise en charge institutionnelle de la personne malade par le secteur médico-social implique la reconnaissance d'un handicap et que sans cette reconnaissance sociale du désavantage lié à sa maladie, elle reste à la charge de la psychiatrie, qui n'assume cependant que le soin.

Les psychiatres craignent dans la prise en charge du handicap une sous-estimation du caractère évolutif et réversible de la maladie et estiment que la reconnaissance du handicap risque de sédentariser la personne dans une structure, entravant alors l'évolution possible vers un état plus favorable, et donc d'augmenter l'intensité et la durée du handicap, lui donnant ainsi un caractère définitif, justifiant alors la prise en charge médico-sociale.

En outre, les psychiatres estiment que les parents de personnes handicapées sont fréquemment dans le déni de la maladie : « mon enfant n'est pas fou, il est handicapé », alors que si l'on cherche l'origine et la cause du handicap, la maladie apparaît bien, le handicap n'étant que la reconnaissance du désavantage qu'elle occasionne, et ce y compris lorsqu'il s'agit de maladies génétiques. La guérison reste donc le fondement éthique de la démarche médicale, et les psychiatres déplorent que la notion de handicap soit trop souvent associée à la notion d'irréversibilité.

Les psychiatres constatent ainsi assez souvent l'ambivalence des parents d'enfants handicapés et des professionnels du secteur médico-social à leur égard : une demande de participation à la prise en charge de la personne et en même temps une grande méfiance de la psychiatrie, dont l'évolution durant ces dernières décennies ne semble pas prise en compte.

De leur côté, les acteurs du secteur médico-social reprochent aux psychiatres de surestimer les manifestations de la maladie au détriment de l'analyse des

comportements qui émanent du désir de la personne et qui permettent d'adapter la prise en charge à ses besoins. Un des supports de cette prise en charge consiste en l'élaboration d'un projet de vie individuel laissant une place la plus large possible à l'initiative de la personne concernée, contrairement au projet médical de la personne hospitalisée dont l'initiative revient très largement au médecin.

Ils estiment que la reconnaissance du handicap confère à la personne qui en bénéficie la garantie d'une prise en charge adaptée à son état et à sa situation permettant son épanouissement.

En outre, les associations de parents gestionnaires considèrent que les psychiatres sont souvent dans une logique d'acharnement médical, dont l'objectif est la guérison. Or, certaines pathologies mentales sont d'origine génétique et l'accès à un état normal par la personne qui en est atteinte est impossible, puisque dans ce cas le déficit intellectuel est un état stable. Ils ajoutent que, par ailleurs, *«tout malade mental peut devenir à un moment handicapé, lorsqu'il existe une stabilisation de son état, lorsque l'on est au stade des séquelles de sa maladie¹²»*. Ainsi, il existe bien, dans certains cas, un caractère irréversible du handicap.

Il est également reproché au secteur psychiatrique de ne pas suffisamment prendre en compte l'environnement familial de la personne hospitalisée, contrairement aux pratiques du secteur médico-social, notamment au moment de la sortie, et de ne pas assez associer les familles à la décision de mettre fin à une période d'hospitalisation. Les familles regrettent également que beaucoup de psychiatres sous estiment les conséquences de la maladie mentale d'une personne sur la vie des autres membres de la famille.

Les familles constatent que dans les décisions prises par les COTOREP, seul l'avis du psychiatre soit pris en compte, alors que toute l'équipe pourrait être habilitée à éclairer le dossier. Cette prépondérance de l'avis médical est perçue comme

¹² Bernadette WAHL, présidente de l'UNAPEI, entretien avec B DURAND, *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, p 733

une émanation de la toute puissance du psychiatre et une preuve de son incapacité à travailler en partenariat.

Dans le champ du handicap social, les acteurs reprochent au secteur psychiatrique de se défausser sur les structures d'hébergement sociales.

En effet, n'assumant que le soin, l'hôpital psychiatrique renvoi vers les CHRS la personne malade en situation de précarité pour l'accompagnement social et l'hébergement. Or le soin ne peut être induit que par la demande et les personnes accueillies en CHRS ne formulent généralement plus ce type de demande, alors que le besoin de soin reste avéré.

Les CHRS doivent ainsi assumer de plus en plus souvent des prises en charges de personnes souffrant de pathologies mentales parfois importantes qui ne bénéficient d'aucun suivi médical dans le secteur psychiatrique ou d'un suivi très aléatoire. Ces prises en charge ne relèvent pas de leur compétence et les équipes ne disposent pas de moyens adaptés pour faire face à ces situations.

L'accueil de ce type de population dans les CHRS peut parfois constituer une réelle menace pour les autres résidents accueillis dans la structure et face à des situations extrêmement graves, les équipes doivent recourir à la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

Les services de psychiatrie perçoivent souvent cette demande d'hospitalisation comme un prétexte à une demande d'hébergement et rappelle que ce volet de l'accompagnement de la personne ne les concerne pas.

Le fait que le soin relève du secteur psychiatrique et la qualité de la vie du secteur médico-social et social ne semble pas à priori incompatible avec l'idée d'une collaboration.

Cependant les acteurs de ce soin et de cet accompagnement social restent parfois enfermés dans des logiques suffisamment différentes pour entretenir des polémiques à la fois anciennes et toujours d'actualité.

Il semble cependant que la recherche d'un mode de gestion partenariale d'une structure soit une alternative intéressante puisqu'elle permet d'une part, de

limiter le risque d'absorption d'un secteur par l'autre et d'autre part, de favoriser un rapprochement entre les professionnels.

2.1.3 Néanmoins, un exemple de collaboration réussie : la gestion partenariale du centre de jour Ker Héol à Lorient

Ouverte en septembre 1992 et issue de deux projets concurrentiels qui paraissaient à priori difficilement compatibles, la structure Ker Héol, à Lorient, est un centre de jour, accueillant de jeunes adultes autistes, dont la gestion s'appuie sur un partenariat défini par une convention entre le CHS Charcot de CAUDAN et l'AIPSH (association pour l'insertion professionnelle et sociale des handicapés), de LORIENT.

Né du souhait d'un parent d'adolescent autiste d'une prise en charge de son enfant plus éducative que psychiatrique, le projet, élaboré dès 1987, de création par une association d'un centre de jour accueillant des jeunes adultes et des adolescents autistes ne remporte pas l'adhésion des psychiatres du CHS Charcot, qui se montrent très défavorable à la création d'une telle structure.

Parallèlement, un groupe de travail fonctionnant à l'intérieur du CHS rédige un texte intitulé «problèmes posés par la prise en charge des jeunes adultes présentant une pathologie grave de l'enfance non guérie à l'âge adulte ». Approuvé par la CME du CHS, ce texte, très éloigné sur le fond du projet conçu par les parents, ne recueille pas l'assentiment de l'AIPSH.

A la demande du conseil départemental de la santé mentale, qui souhaite fortement voir fusionner les deux projets, débute alors en 1989 une phase de concertation entre l'AIPSH et le CHS Charcot. Après une période de gestation, un compromis se dessine et permet la négociation du texte de convention liant l'association et le centre hospitalier dans la gestion commune d'une structure d'accueil de jeunes adultes autistes créée à titre expérimental.

En décembre 1991, la convention définitive est signée par le CHS et l'AIPSH, qui est soutenue, notamment financièrement, par l'association Delta 7, laboratoire d'innovation et de recherche sociale.

Le centre de jour Ker Héol géré de façon partenariale fonctionne maintenant depuis près de 10 ans et ne cesse de s'affirmer comme un modèle pour de nombreux promoteurs de projets du même type.

En 1997, l'évaluation du fonctionnement de cette structure par le GRISS¹³ indique que « le partenariat volontariste entre les parents (via l'AIPSH) et le CHS fonctionne et perdure dans le temps dans un climat progressif de confiance et d'exigences réciproques. L'AIPSH y joue un rôle régulateur déterminant. Ker Héol (CHS+AIPSH) joue un rôle moteur dans la réflexion et l'action au bénéfice des personnes autistes...La qualité du partenariat institutionnel et des relations parents-professionnels a permis une hybridation des pratiques entre un programme éducatif pur soutenu par les parents et un projet thérapeutique et relationnel soutenu par le CHS... ».

En novembre 1998, une convention entre l'ARH, le CHS Charcot, l'AIPSH, l'Etat et le Conseil général transforme le centre d'accueil de jour expérimental en hôpital de jour, confirme la gestion partenariale de Ker Héol et dote la structure d'une instance de réflexion, l'UREF¹⁴, dont le rôle est l'évaluation et la promotion des pratiques et de l'expérience acquise au Centre Ker Héol, le développement d'un réseau de réflexion et de prise en charge au niveau régional, la recherche sur le syndrome autistique.

Ainsi, en dehors du fait que les circonstances qui permettent de réunir les bonnes personnes au bon moment et au bon endroit restent relativement aléatoires, l'exemple de Ker Héol prouve que la collaboration entre les secteurs psychiatrique et médico-social est possible et que la volonté des personnes qui la réalise permet de surmonter de nombreux obstacles.

¹³ Groupe de Recherche et d'Intervention dans le Secteur de la Santé, Département de Santé Publique, faculté de médecine de Rennes

¹⁴ unité, recherche, évaluation, formation

2.2 LES EFFETS DE L'ORDONNANCE HOSPITALIERE DU 24 AVRIL 1996 : ADEQUATION DE LA PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE DE LA PERSONNE OU OPPORTUNITE POLITIQUE ET ECONOMIQUE POUR CERTAINS HOPITAUX.

L'article 51 de l'ordonnance hospitalière n° 96-346 du 24 avril 1996 qui réforme l'article L 711-2-1 du Code de la santé publique permet aux établissements de santé, publics et privés, de créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés par la loi de 1975.

De manière opportune et prémonitoire, la circulaire du 28 décembre 1978 a pris soin de préciser à qu'il « faut veiller à ne pas créer un nouveau type de structures asilaires et fermées, quelle que soit par ailleurs la qualité des soins qui y seraient dispensés, alors que les MAS doivent être dans des lieux d'accueil ouverts, le plus proche possible des familles et de la vie sociale »

Ainsi, si l'apparition d'un texte administratif contribuant à la recherche d'une meilleure adéquation de la prise en charge institutionnelle de la personne gravement atteinte par les effets d'une pathologie mentale constitue incontestablement une évolution importante, le pari du législateur quant à l'impossible dérive de l'utilisation de ce texte par les services psychiatriques, compte tenu du contexte économique et politique actuel, force l'étonnement.

2.2.1 L'adéquation de la prise en charge institutionnelle : le passage de l'état de malade hospitalisé au statut de handicapé accueilli.

La présence au long cours dans les services psychiatriques de personnes malades mentales pour qui le soin ne peut plus entraîner d'évolution de leur état et contribue seulement à maintenir une stabilisation des effets de la maladie pose problème.

En effet, dans un contexte de réduction du nombre des lits du secteur psychiatrique, la priorité est donnée à la prise en charge des maladies aiguës,

lorsque le soin est prodigué dans l'objectif d'amener le malade vers un état de totale guérison.

Ainsi, les personnes stabilisées, dont l'hospitalisation prolongée n'est plus justifiée par le soin mais par une inadaptation à la vie autonome en dehors des murs de l'hôpital, utilisent de façon inadéquate les lits du secteur psychiatrique.

Dans ce contexte, leur prise en charge institutionnelle ne relève plus, à ce stade de leur évolution, du secteur psychiatrique mais d'une structure du secteur médico-social, le plus souvent un FDT ou une MAS compte tenu de leur absence d'autonomie et de la nécessité de continuer à leur apporter des soins.

Néanmoins, dans de telles circonstances, le passage de l'état de malade au statut de handicapé que nécessite l'accueil dans un établissement médico-social est à la fois lourd de sens et de conséquences.

Alors que la notion de maladie appelle communément celles d'évolution positive et de réversibilité et que la notion de handicap suggère plutôt le constat d'une incapacité liée à une altération le plus souvent irréversible, dans le cas de la recherche d'une prise en charge institutionnelle adéquate, pour les populations précédemment évoquées, ces considérations se trouvent sensiblement modifiées.

Ainsi, la personne malade mentale, hospitalisée à long terme, se trouve dans un schéma de stabilisation, voire de régression, de son état et, du fait de la conjonction de son état de malade et de son enfermement, dans un processus d'incapacité, alors que la perspective de sa prise en charge par une structure médico-sociale permet d'envisager son épanouissement et parfois l'amélioration de son état.

Il s'agit d'un étonnant paradoxe qui aboutit à la conclusion que la dynamique dans laquelle se trouve la personne quant à l'évolution de son état serait donc plus liée à son type de prise en charge qu'au fait qu'elle soit reconnue handicapée ou considérée comme malade.

C'est donc la capacité des services psychiatriques à prendre en charge la personne de façon adaptée à son état qui détermine si la personne est malade ou handicapée et non l'intensité et la réversibilité de son altération.

Ainsi, si l'orientation vers un établissement du secteur médico-social est prononcée par la COTOREP après évaluation du degré d'altération mentale de la personne et de l'incapacité qu'elle génère, la pertinence de la reconnaissance du handicap n'est parfois fondée qu'au regard des politiques en vogue.

La recherche d'une prise en charge adaptée est donc fort louable, mais le transfert de cette prise en charge dans le secteur médico-social peut parfois n'être induit que par des contraintes économiques imposant à l'hôpital de faire des choix.

En effet, dans la recherche de l'adéquation des prises en charges institutionnelles, la frontière est parfois ténue entre l'intérêt de la personne hospitalisée ou accueillie et celui de l'institution.

2.2.2 Transformation des services psychiatriques en institutions médico-sociales : quelle est la préoccupation première des promoteurs de certaines « reconversions » ?

« Le développement des MAS contribue utilement aux alternatives à l'hospitalisation psychiatriques des personnes lourdement handicapées mentales, même si le glissement du secteur médical vers le secteur social et éducatif doit correspondre aux besoins des personnes plus qu'à une logique de restriction des coûts. » indique Marcel JAEGER¹⁵.

En effet, dans le contexte actuel de réduction du nombre des lits et de contraintes budgétaires imposées aux hôpitaux, il flotte parfois sur ces transformations de lits de psychiatrie en structures médico-sociale un vent d'opportunisme économique et politique qui semble balayer chez certains la

¹⁵ Marcel JAEGER M, Guide du secteur social et médico-social, Dunod, 4^e éd., 2001

réflexion sur l'adéquation des prises en charge, ou, tout au moins, la placer au second plan.

Ainsi, l'article 51 de l'ordonnance de 1996 paraît dans certaines circonstances relativement détournée : des services psychiatriques, d'un nombre de places dépassant parfois très largement les normes admises dans le secteur médico-social, sont renommés MAS et entament une nouvelle vie, animés par un personnel de formation sanitaire ayant souvent une longue expérience en hôpital psychiatrique et prenant en charge les mêmes personnes que précédemment.

Afin d'illustrer ce constat, citons l'exemple, qui semble ne pas être unique compte tenu de l'intensité des débats portant sur le sujet, d'un hôpital psychiatrique de Bretagne qui, en 2001, a créé par transformation de ses lits de psychiatrie une MAS de 160 places dans le cadre d'un projet comportant au total 240 places.

À l'issue de cette restructuration, plus administrative qu'effective, le même personnel, continue donc de prendre en charge les mêmes individus dans les mêmes locaux.

La nouvelle façon de travailler repose sur l'aménagement d'un plan de formation des personnels et sur la réorganisation des unités de vie. Elle s'appuie aussi, d'une part, sur l'appellation dorénavant de résidents de ceux qui, hier encore, étaient des patients et, d'autre part, sur un document « projet de vie » dont le contenu, bien que fort intéressant, demeure soit abstrait, voire énigmatique, pour les personnels les plus réfractaires au projet de transformation, soit artificiel pour ceux qui en plus d'être réfractaires sont perspicaces.

En dépit de la profonde conviction de l'équipe de direction de la MAS et de l'énergie et du temps qu'elle consacre, relayée par les médecins et par certains cadres-infirmiers, à porter les valeurs qui fondent le secteur médico-social et à convaincre, à juste titre, le personnel du bien-fondé et de la plus-value de cette nouvelle prise en charge pour les personnes accueillies dans la structure, le scepticisme persiste chez la majorité du personnel.

Le projet d'établissement MAS n'est pas validé par les organisations syndicales, qui perçoivent cette restructuration comme une dévalorisation professionnelle et, même si ces craintes relèvent peut-être plus d'un refus de la transformation par peur du changement que réellement de risques pesant sur leurs professions, ce contexte de restructuration, où la loyauté de l'hôpital semble faire défaut, ne peut guère permettre au personnel d'être rassurés.

En effet, l'hôpital, dont l'omniprésence administrative reste pourtant très perceptible plusieurs mois après la création de la MAS, (la pancarte d'entrée est d'ailleurs toujours à l'effigie des services psychiatriques hospitaliers) semble curieusement se désintéresser des difficultés concrètes liées à la mise en œuvre sur le terrain de ce projet, comme si une fois débarrassé de ses «maudits» lits en surnombre et de ses encombrants «incurables», les suites d'intendance quotidienne à donner à cette affaire ne le concernaient plus.

Cette indifférence à ce qui paraît pourtant essentiel du point de vue de l'adéquation des prises en charge laisse d'autant plus perplexe que la MAS fonctionne avec un budget annexe à celui de l'hôpital, ce à quoi celui-ci semble tenir énormément.

L'hôpital, qui concentre actuellement toute son énergie à faire valoir la pertinence de la totalité de son projet de 240 places et à tenter d'obtenir l'autorisation de création des 80 places restantes, donne ainsi l'impression désagréable qu'il ne s'investit que dans l'aspect budgétaire et politique de ce projet de transformation, ce qui tend à accroître le scepticisme et la méfiance d'une grande partie des personnels et contraste de façon désolante avec la qualité du travail réalisée par l'équipe chargée de faire fonctionner la MAS.

Quant aux personnels persuadés de la pertinence de la prise en charge médico-sociale des personnes accueillies dans l'établissement, soit ils l'étaient déjà avant l'émergence du projet, soit ils ont rejoint la structure parce qu'elle relevait dorénavant du secteur médico-social. Leur conviction provient donc uniquement de leurs parcours professionnels et personnels.

Il faut ajouter que l'ampleur de ce projet en nombre de places¹⁶ bloque totalement la création locale de structures du même type pendant un certain nombre d'années, voire de décennies. Les gestionnaires de structures du secteur médico-social, dont une grande partie a conservé sa méfiance originelle à l'égard de la psychiatrie hospitalière, s'inquiètent de la réponse qui sera apportée aux besoins des populations actuellement prises en charge dans leurs établissements et devant être orientées à court terme en MAS.

2.3 LA COMPLEXITE A DEFINIR LES TERMES « HANDICAP, INVALIDITE, INCAPACITE, INADAPTATION, DESAVANTAGE, DEFICIENCE ET MALADIE» ET LES DIFFERENTES INTERPRETATIONS DE LEUR CONTENU SEMANTIQUE AUGMENTENT LA DIFFICULTE A ORGANISER UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ADAPTE ET COHERENT.

Les mots utilisés dans le langage des acteurs de la santé mentale possèdent parfois des significations variées et fluctuantes. Cette situation entraîne des confusions autant linguistiques qu'organisationnelles.

2.3.1 « Handicap, invalidité, incapacité, inadaptation, désavantage, déficience et maladie » : des définitions complexes et des contenus sémantiques donnant lieu à des interprétations différentes

Le handicap, de part son sens étymologique et son utilisation dans le domaine sportif, évoque des notions de différence de valeur, de compensation et d'argent. Le mot handicap est apparu dans la législation française avec la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, puis avec la loi du 30 juin 1975 en faveur des handicapés physiques, sensoriel et mentaux qui a

¹⁶ En ne tenant compte que de sa partie réalisée, il représente déjà 71% de la capacité totale installée des places de MAS dans le département concerné.

mis fin à l'emploi du mot «infirmes » dans les textes officiels. Le législateur s'est bien gardé de donner une définition du handicap, la notion de handicap étant effectivement relative et évolutive.

La notion de handicap donne cependant lieu en France à des définitions très diverses, leur point commun étant l'affirmation d'une privation ou d'une altération stable, pour ne pas dire définitive. Ce principe sémantique commande à la distinction, parfois mal fondée, entre l'irréversibilité du handicap et l'évolutivité de la maladie.

Les travaux de Philip WOOD¹⁷, repris par l'OMS, ont montré que le handicap résultait de la combinaison de quatre composantes : le diagnostic (qui définit le processus morbide), la déficience (altération des fonctions et des organes), l'incapacité (limitation des gestes et des actes de la vie ordinaire) et le désavantage social (limite dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal dans la société). Le schéma de WOOD apparaît donc comme un modèle dynamique dans lequel, d'une part, rien n'est figé et d'autre part, le processus de handicap s'étudie au cas par cas.

Cependant, le fait que le handicap soit l'ensemble formé par les déficiences, les incapacités et les désavantages constitue une liberté des traducteurs français et ne figure nullement dans le texte anglais de l'OMS. « Il en résulte des malentendus entre les français et ceux qui connaissent WOOD par le texte original ou par une autre des quatorze traductions »¹⁸.

L'invalidité est la diminution du potentiel physique ou mental d'une personne entraînant une réduction importante de la capacité de travail. Elle se distingue ainsi des autres notions par le fait qu'elle reste liée au régime de protection sociale de la Sécurité sociale et s'applique à des personnes ayant travaillé. Cependant, la contribution de l'invalidité à la confusion sémantique tient au fait qu'elle survient parfois, dans sa reconnaissance administrative, dans le prolongement d'une longue et grave maladie. Le malade grave devient donc un

¹⁷ Le Dr Philip WOOD, professeur de santé publique à Manchester, a mis au point, dans les années 70, une méthode de description des conséquences des maladies qu'il a fait connaître en élaborant une classification des conséquences des maladies qui fut adoptée par l'OMS en 1976. En France, cette classification est appelée «classification internationale des handicaps » (CIH).

¹⁸ François CHAPIREAU, Maladies au long cours : gravité ou handicap ?, *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, pp. 765.à 772

invalide, le terme invalide réveille alors dans les esprits l'ancienne notion d'infirme qui a précédé dans l'évolution de la législation celle du handicap. Ainsi la notion de handicap se retrouve-t-elle confrontée à celle de maladie grave.

La déficience est l'altération des fonctions et des organes qui désigne l'origine du handicap et s'analyse à l'aide d'une grille d'évaluation bâtie à partir d'une classification des troubles mentaux. D'après Romain LIBERMAN, «la classification française utilisée dans les études statistiques de l'INSERM est incomplète et difficilement exploitable, la classification américaine (DMS) a le défaut d'être exclusivement symptomatique, descriptive, d'origine comportementaliste, gênant une évaluation clinique porteuse d'une orientation et d'un pronostic, et la classification internationale proposé par l'OMS (CIH) a les mêmes défaut que la précédente et n'emporte pas l'accord des psychiatres français »

Le terme déficience remplace celui de débilité hérité du XIXème siècle. La déficience, qui évoque un manque, une insuffisance, peut résulter d'une maladie ou d'un accident. Le mot déficience, absent de la loi de 1975, mais intégré au vocabulaire de la loi du 10 juillet 1987 et des nouvelles annexes XXIV¹⁹, a acquis une place particulière avec la classification internationale des handicaps(CIH).

L'incapacité résulte directement de la déficience et définit ses conséquences fonctionnelles sur les gestes et les actes élémentaires de la vie ordinaire. L'incapacité s'apprécie à l'aide d'une grille d'autonomie en référence à un individu sain et permet l'évaluation du préjudice social causé par l'existence d'une déficience. L'incapacité, comme la déficience par rapport à laquelle elle s'évalue, évoque la permanence et l'irréversibilité d'un état. Pourtant les dispositions des assurances sociales françaises prévoient, deux types d'incapacité, temporaire et permanente, faisant l'objet de procédures d'indemnisation différentes. Cependant, la notion d'incapacité utilisée dans la méthode de WOOD dans son sens littéral (ne pas être capable de) est sensiblement différente de celle utilisée par la Sécurité sociale pour déterminer les droits à l'invalidité.

¹⁹ Les annexes XXIV au décret du 9 mars 1956 ont été réformées en 1988 (déficiences sensorielles) et en 1989 (déficiences intellectuelles, moteurs et polyhandicaps)

La notion d'inadaptation est très antérieure à celle du handicap et apparaît pour la première fois en 1944 pour désigner l'ensemble des difficultés que présentent des enfants et des adolescents nécessitant des mesures spéciales pour pouvoir s'intégrer à la société.

Le terme d'inadaptation s'emploie aujourd'hui avec un adjectif : inadaptation sociale, scolaire, professionnelle, pour désigner un processus et non un état. On distingue le handicap, qui renvoi à une insuffisance propre à l'individu, de l'inadaptation, qui se place dans une articulation difficile entre un individu et son environnement social, scolaire et professionnel.

Le désavantage prend en compte les limites d'un individu dans l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal dans la société. On parle alors de désavantage social. L'importance du désavantage est donc inversement proportionné au niveau de tolérance d'une société et de sa capacité à adapter un environnement normal à des personnes déficientes. Le désavantage est par ailleurs souvent assimilé aux notions d'infériorité et de préjudice

La maladie mentale est fréquemment associée aux notions de curabilité et d'évolutivité et régulièrement opposé au handicap mental, défini comme stable et permanent. Il semble que cette opposition de concept soit mal à propos et que les notions de handicap et de maladie mentale, comme l'a démontré Philip WOOD, ne soient ni antinomiques, ni superposables, ni figés dans une définition. La notion de maladie mentale semble cependant être le pivot de toutes les ambiguïtés sémantiques du vocabulaire appartenant au langage de la santé mentale. Résultant de l'altération de la santé, elle-même étant, en partie selon l'OMS, l'état de ce qui fonctionne en son absence, la maladie révèle dans sa définition la complexité de son sens linguistique. L'association à l'adjectif mental accroît la nébulosité du terme.

La définition retenue dans l'introduction de ce mémoire, «*est considérée comme malade mentale toute personne qui présente une pathologie psychiatrique diagnostiquée en tant que telle par un psychiatre* », implique la rencontre du malade avec le psychiatre, ce qui dans le domaine de la santé mentale n'est pas toujours le cas. Pourtant en quoi est-ce pertinent ou, au contraire, incongru d'associer la maladie mentale et la pathologie psychiatrique et qui d'autre qu'un psychiatre est-il habilité à diagnostiquer ce type de pathologie psychiatrique ? Le

fait est que toutes les tentatives de définition de la maladie mentale prennent ainsi des allures de sophismes.

2.3.2 Les conséquences de ces interprétations différentes par les acteurs concernés sur l'organisation d'un dispositif de prise en charge adapté et cohérent

Chaque acteur, en fonction de sa culture, de son parcours personnel ou professionnel et de ses objectifs, est donc tenté, par rapport aux termes employés dans le champ de la santé mentale, d'utiliser plutôt une définition qu'une autre ou de n'en retenir que la nuance qui convient le mieux à son point de vue.

Ainsi, pour l'UNAPEI²⁰, «la personne malade est marquée par une perturbation de ses facultés mentales susceptible d'être guérie ou réduite au moyen d'une thérapie adaptée ». En revanche le handicap est défini comme un état déficient définitif : quelle que soit l'évolution possible, l'état normal ne peut pas (ou plus) être atteint.

Les établissements gérés par des associations apportant une définition similaire aux termes de maladie et handicap ne développent généralement pas un partenariat intense avec les services psychiatriques puisqu'elles estiment que les thérapies utilisées par les psychiatres n'ont qu'un effet limité sur l'évolution de l'état des personnes accueillies dans leurs structures.

Chez certaines associations gestionnaires, notamment des associations de parents, la notion de handicap, perçue comme protectrice, prévaut largement sur celle de maladie, perçue comme excluante, jusqu'à parfois l'occulter complètement.

Ce refus de la maladie mentale se traduit alors dans la pratique par une hostilité très marquée à l'accueil de personnes orientées vers leurs établissements à l'issue d'une période plus ou moins longue en hôpital psychiatrique.

²⁰ union nationale des associations de parents et amis de personnes inadaptées

Le fait est que même la loi de 1975 mélange des notions d'infirmité et d'invalidité avec celles de débilité et de maladie mentale et que ces amalgames apparaissent à l'usage plus ou moins judicieux.

En effet, le concept globalisateur du handicap recouvre des réalités cliniques différentes et le législateur lui-même n'a d'ailleurs pas souhaité le définir, laissant le soin à des commissions spécialisées de définir les individus qui en sont porteurs.

Cette confusion ne permet de prendre en compte ni les diversités des situations qui aboutissent au même statut de handicapé mental, ni la réponse trop univoque qui leur est apporté. Ainsi, l'expérience a fréquemment démontré les difficultés souvent insurmontables produites par le mixage incontrôlé des genres dans une même institution.

La conséquence la plus perceptible sur l'organisation souhaitée de dispositifs cohérents entre les différents secteurs de cette confusion sémantique semble induite par l'utilisation arbitraire des notions de curabilité et d'irréversibilité dans la répartition des compétences vers la psychiatrie ou le médico-social.

Ainsi, dans la pratique, la guérison de la maladie curable et l'évolution du handicap temporaire relèvent de la psychiatrie puisqu'il est admis que l'objectif du soin dans le secteur psychiatrique soit le retour à l'état normal, alors que la prise en charge des conséquences de la maladie incurable et du handicap irréversible relèvent du médico-social, habituellement reconnu pour compenser les conséquences d'un état déficient définitif.

Or, dans le cas de la maladie mentale, ce n'est pas la potentielle curabilité de la maladie qui détermine uniquement la réversibilité du handicap, mais la façon dont la personne malade s'adapte aux nécessités de la vie ordinaire. Cette adaptation se fait donc en fonction de son milieu culturel, social, professionnel et familial autant qu'en fonction de la gravité de sa maladie.

Elle devient donc handicapée si elle ne peut retrouver une autonomie complète dans la vie ordinaire, et ce indépendamment de sa pathologie et de sa prise en charge psychiatrique. Une maladie à priori curable peut donc, dans certaines

situations, générer un handicap durable, voire définitif, pouvant justifier une prise en charge par le secteur médico-social.

En revanche, une maladie relativement irréversible, comme la schizophrénie, n'engendrera pas nécessairement une incapacité à mener une vie quasi normale, en dehors d'un suivi psychiatrique régulier.

La maladie peut donc générer un handicap indépendamment de sa curabilité et de l'irréversibilité de ses conséquences.

Cette répartition arbitraire des compétences en fonction de la curabilité et de l'irréversibilité n'est donc guère adaptée à la réalité et crée très certainement la faille principale de l'organisation actuelle des dispositifs de prise en charge de la santé mentale.

Lorsque la maladie mentale entraîne un handicap, ce handicap n'est pas un état mais une situation. Dans les dispositifs tels qu'ils sont organisés actuellement, la personne malade n'est pas prise en charge dans sa globalité, mais scindée en deux états : malade ou handicapée.

Le handicap n'est plus alors perçu comme une situation mais comme un état qui nécessite une prise en charge particulière sans réelle distinction des éléments, très différents selon les individus, qui génèrent ce handicap.

3 -LA COLLABORATION DES ACTEURS SANITAIRES, MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX : LES MOYENS VISANT A CONTRER LES ENTRAVES A SA REALISATION DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

Les difficultés de mise en œuvre de la collaboration des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux ne doivent pas altérer pas l'espoir de sa plus large réalisation. Dans cette optique, différents moyens peuvent être envisagés.

Dans leur mise en application, la participation des services de l'Etat, en filigrane ou plus ostensible selon les stratégies et les moyens, paraît toutefois être un élément favorisant sensiblement l'apparition de résultats positifs.

3.1 REDUIRE LES DIFFERENCES CULTURELLES DES DIFFERENTS SECTEURS PAR LA MODIFICATION DES PROGRAMMES DE FORMATION DES PROFESSIONNELS ET L'INCITATION ACCENTUEE A LA FORMATION CONTINUE.

L'acquisition de compétences spécifiques est primordiale dans la qualité de la prise en charge institutionnelle, et le renouvellement permanent de ces compétences est autant une nécessité permettant l'adaptation des pratiques aux besoins de la personne accueillie que le garant d'une dynamique de travail chez les personnels.

Cependant, l'accompagnement, tant sanitaire que médico-social, des personnes adultes handicapées est généralement moins valorisé que celui des enfants et les compétences spécifiques que requiert ce travail d'accompagnement sont ainsi sous estimées. La personne adulte est plus fréquemment supposée figée dans

son état et, de ce fait, ne mobilise pas l'énergie que génère la prise en charge des enfants, encore porteurs de tous les espoirs.

Les étudiants des instituts de formation des travailleurs sociaux (IFTS) ou des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) choisissent rarement les MAS comme terrain de stage et la seule formation initiale qui prépare réellement à l'accompagnement de la personne adulte lourdement handicapée mentale est celle d'aide médico-psychologique (AMP).

Il semble donc important de revaloriser cette prise en charge dans les formations initiales d'une part en rappelant la dynamique de la notion de handicap instaurée par les travaux de Philip WOOD et, d'autre part, en réaffirmant que l'état mental d'un individu reste évolutif à tous les âges de sa vie et que cette évolution est d'autant plus favorable que la prise en charge est adaptée à son état et à ses besoins.

Les formations initiales peuvent également être le support d'échanges interprofessionnels plus intenses entre les différents secteurs. Les terrains de stage dans le secteur psychiatrique et dans les structures médico-sociales devraient plus fréquemment être proposés indifféremment aux différentes filières de formation (médicales et sociales).

Par ailleurs, l'intérêt professionnel et le bénéfice personnel qu'induit pour les agents le suivi d'une formation continue valorisant et réactualisant leurs méthodes de travail sont des notions que les directeurs et les gestionnaires d'établissements doivent inlassablement véhiculer auprès des équipes.

Cependant, les réelles convictions des directions quant à la dynamique apportée aux équipes par les sessions de formations professionnelles se heurtent parfois à une résistance des personnels telle que le conflit et les tensions violentes ne sont évitables qu'au prix d'un renoncement à l'usage de ces formations.

Ce cas de figure se présente surtout dans les situations de reconversion de services psychiatriques en structures médico-sociales où les personnels vivent fréquemment cette incitation à la formation professionnelle comme une remise en cause de leurs compétences.

Dans ces situations, où les inadéquations de qualification sont autant préjudiciables à la personne accueillie que les conflits de personnels, la position des directeurs est particulièrement inconfortable.

Dans ce contexte, les services de l'Etat, en tant que garant du bon fonctionnement des établissements, doivent se positionner d'une part, comme soutien à la démarche du directeur en cautionnant sa demande de formation des personnels d'autre part en adoptant une position de médiateur lorsque les conflits prennent une dimension menaçant l'exercice de ses fonctions.

3.2 HARMONISER LE SENS ET L'INTERPRETATION DES TERMES UTILISES DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

L'interprétation des termes utilisés dans le champ de la santé mentale diffère non seulement d'un acteur à l'autre, mais aussi d'un pays à l'autre.

Ainsi, si la méthode élaborée par Philip WOOD peut à la fois contribuer à apporter une clarification et être un cadre conceptuel commun au travail des différents professionnels, la classification internationale des handicaps (CIH) est une interprétation purement française de la classification de WOOD adoptée par l'OMS.

L'opportunité de diminuer le clivage entre la maladie et le handicap offerte par l'ensemble des travaux et de la réflexion de Wood n'a donc pas été totalement saisie par la France. Réduisant ainsi les chances de réalisation d'une meilleure collaboration entre les secteurs, les experts français chargés de la traduction du texte anglais ont de plus, par l'interprétation qu'ils en ont fait, créé une divergence de point de vue avec les autres pays.

En outre, la CIH est très loin de remporter l'adhésion de tous les psychiatres français, ce qui limite considérablement son utilisation par l'ensemble des acteurs de la santé mentale.

Il semble donc primordial de rétablir une harmonisation avec les autres pays, d'une part, des termes employés et d'autre part, du sens qu'ils recouvrent, et, ensuite, de concevoir un mode d'entente entre les acteurs à propos du contenu

sémantique des mots utilisés dans le champ de la santé mentale afin de limiter les effets des différentes interprétations d'un même mot ou de l'utilisation de multiples termes pour une même notion.

La révision de la CIH, dont le processus est en cours depuis le début des années 90, touche à sa fin. Cette révision doit aboutir à l'élaboration d'une CIH-2 qui prévoit de remplacer les termes «déficience, incapacité, désavantage » par une classification internationale du fonctionnement et du handicap comprenant trois dimensions : corps, activités, participation.

La nouvelle CIH aborde ainsi le handicap sous l'angle de la capacité de la société à faire en sorte que toute personne puisse accéder à tout ce dont elle a besoin et non à accorder à la personne une reconnaissance plus ou moins stigmatisante de son handicap.

La notion de participation sociale, qui remplace donc celle de désavantage social, suscite de nombreux débats car si le terme de participation évite les confusions sémantiques anglaises et françaises entre les mots désavantage et handicap, le problème de la subjectivité du terme ne semble pas pour autant résolu.

Ainsi, toute la difficulté à trouver une définition des termes employés dans le langage de la santé mentale commune à tous les acteurs concernés consiste donc à atteindre un équilibre difficile entre une définition suffisamment précise pour que le mot signifie la même chose pour tout le monde et une définition suffisamment large pour permettre au mot de pouvoir être employé dans un contexte linguistique évolutif et mouvant.

Dans ce contexte, il est plus aisé de comprendre la grande prudence du législateur qui a entouré d'une certaine nébulosité la notion de handicap dans la loi de 1975.

Il serait, en revanche, plus facile d'intervenir sur les termes qui d'emblée annoncent, voire induisent, un clivage entre différents secteurs comme les appellations sanitaires et sociales des services déconcentrés départementaux et régionaux de l'Etat.

Ainsi, s'il s'agit bien d'un «et » et non d'un «ou », le terme «sanitaires et sociales » traduit la plupart du temps un fonctionnement qui consiste à traiter les deux secteurs séparément d'un point de vue administratif, politique et budgétaire. Il s'avère donc difficile à l'administration compétente de conserver toute sa crédibilité lorsqu'elle préconise un rapprochement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux alors même que ses services fonctionnent encore trop souvent distinctement.

Ainsi, si les ambiguïtés sémantiques induisent des difficultés d'interprétation et d'application, la réflexion sur l'harmonisation du sens et de l'interprétation des termes utilisés devrait aboutir à une approche commune passant, le cas échéant, par une réorganisation des dispositifs à tous les niveaux.

3.3 CREER DES STRUCTURES D'HEBERGEMENT ET DE LIEU DE VIE NE RELEVANT PAS EXCLUSIVEMENT D'UN SECTEUR : LA MALADIE ET LE HANDICAP NE DOIVENT PAS ETRE DES STRATEGIES D'ORIENTATION EN ETABLISSEMENT.

Il est encore très difficilement admis que la personne puisse être simultanément malade mentale et handicapée. Cette conception des choses prend une importance capitale lorsqu'il s'agit d'orienter la personne vers un type de prise en charge plutôt qu'un autre.

Ainsi, le statut de handicapé peut dans certains cas être perçu comme protecteur, sa reconnaissance est donc à tout prix recherché.

La récente loi qui reconnaît l'autisme comme un handicap spécifique, venant en réponse à une demande insistante des parents d'enfants autistes, semble assez bien illustrer ce phénomène

La position adoptée par les parents par rapport au problème de leur enfant est incontestablement une démarche protectrice et antipsychiatrique. La reconnaissance du handicap de leur enfant confère en effet à ce dernier l'assurance d'une possible prise en charge institutionnelle dans le secteur

médico-social à tous les âges de sa vie, compte tenu du caractère fréquemment définitif des déficiences générées par l'autisme.

Entretien depuis les études de KANNER²¹ une hostilité marquée pour les psychiatres, de nombreux parents d'enfant autistes n'auraient très certainement pas choisi la voie du handicap si le secteur psychiatrique avait été en capacité de leur proposer une prise en charge adaptée à la situation de leur enfant et une écoute bienveillante et non culpabilisante de leurs difficultés.

La reconnaissance du handicap social n'échappe pas à ces hésitations de prise en charge stratégiques. Elle peut cependant s'avérer relativement désastreuse, à plus ou moins long terme, dans la mesure où elle n'intervient pas uniquement dans le but de protéger la personne qui en bénéficie.

Ainsi, il n'est actuellement pas si rare que l'exclusion scolaire débouche sur une orientation vers une structure adaptée lorsque l'enfant, bien qu'efficient, présente des troubles de la conduite et du comportement incompatibles avec les exigences du système scolaire ordinaire. Cependant, la situation étant de moins en moins rare, les places en instituts de rééducation (IR) font défaut et l'enfant peut parfois être orienté vers un institut médico-éducatif (IME).

Reconnu handicapé grâce aux dispositions de la loi de 1975 sur l'inadaptation sociale, cet enfant pourtant efficient est alors orienté vers un établissement agréé pour accueillir des enfants handicapés déficients.

Une fois orienté dans la filière handicap, il a statistiquement peu de chances d'en sortir. Cependant ses capacités d'évolution, certes en deçà de celle d'un enfant scolarisé en milieu ordinaire, sont malgré tout supérieures à celle d'un enfant réellement déficient et sa prise en charge se fait alors au détriment des enfants réellement déficients, qui par un phénomène de niveau se retrouvent les moins performants.

²¹ Léo KANNER décrit pour la première fois, en 1943, une entité clinique particulière sous le nom d'autisme infantile précoce. Cette description a été très contestée par les parents car ils se sentaient directement impliqués par les psychiatres dans le processus psychopathologique de la maladie.

Transposé à l'âge adulte, cette situation défavorable aux personnes handicapées déficientes s'aggrave et se concrétise par une incapacité pour elles à pouvoir bénéficier de places en structures de travail protégé, déjà pourvues par des personnes plus performantes dont les capacités de travail répondent mieux aux obligations économiques de ces établissements.

Ainsi, trop handicapées pour le travail protégé (alors même qu'il est démontré que le travail reste encore la principale source de reconnaissance sociale), mais pas suffisamment pour être accueillies en MAS, ces personnes se retrouvent en foyer de vie, alors que leur potentiel leur permettrait un autre type de prise en charge, ou sans possibilité de bénéficier d'une prise en charge institutionnelle par défaut de place.

Enfin, le dernier exemple de stratégie d'orientation concerne les personnes à la fois malades mentales et en difficulté sociale.

La psychiatrie publique n'a pas (plus) à se substituer aux institutions sociales pour offrir l'hébergement à ses patients, et n'assure que le soin.

Ainsi, si la personne malade est en situation de précarité, l'hôpital psychiatrique la renvoie vers les CHRS pour l'accompagnement social et l'hébergement

Cependant, comme on l'a vu précédemment (paragraphe 2.1.2.), les CHRS ne peuvent assumer ce type de prise en charge. Une des possibilités qui leur est donc offerte est l'utilisation de la brèche de la loi de 1975 et d'inciter la personne malade mentale à faire valoir son inadaptation sociale auprès de la COTOREP.

Si le handicap est reconnu, la personne est orientée vers une structure de travail protégé afin d'assurer sa réinsertion sociale et professionnelle et de lui permettre de quitter le CHRS. Après une période d'essai, elle n'est généralement pas gardée du fait de son comportement souvent perturbant et inadapté à la structure, puisque le besoin de soin est bien réel mais que cette orientation vient seulement pallier un problème d'hébergement.

On arrive ainsi à des situations où ce n'est pas l'état de la personne qui induit l'orientation dans une structure plutôt que dans une autre, mais le lieu où elle est accueillie qui permet de déduire son état, tout au moins celui officiellement reconnu.

Il convient donc d'organiser des dispositifs ne favorisant pas ces stratégies qui sont parfois préjudiciables autant aux personnes intéressées qu'aux professionnels concernés.

Il serait ainsi possible de créer des structures dont le fonctionnement serait basé sur la notion de plateau technique au lieu d'opposer sanitaire et social, et pour lesquelles il ne serait plus nécessaire de recourir à des stratagèmes divers et variés pour y être accueilli. Ces structures pourraient fonctionner sur le mode de services plutôt que sur celui d'établissements et ainsi permettre, dans la mesure du possible, un recours plus fréquent à la prise en charge à domicile.

Il serait en outre souhaitable de développer des structures de type postcure, pour accueillir les personnes malades mentales qui se trouvent momentanément handicapées par la maladie sans pour autant nécessiter une orientation en structure médico-sociale et la reconnaissance d'un handicap ; En effet, cette formule présente l'intérêt d'une part de conserver pour la personne malade une dynamique de guérison et, d'autre part de ne pas accroître l'encombrement des COTOREP par des reconnaissances de handicap d'une durée relativement limitée dans le temps

Enfin, il pourrait être envisagé d'admettre que la réalité induit l'évolution des missions des CHRS et que les personnes malades mentales en situation de précarité font dorénavant partie des populations qu'ils ont à prendre en charge. Afin de permettre aux CHRS de faire face à ces nouvelles missions, il faut donc modifier la composition de leurs équipes et intensifier les modes de partenariat avec les services psychiatriques.

CONCLUSION

Si les entraves à la réalisation de la collaboration des secteurs psychiatrique, médico-social et social dans la prise en charge institutionnelle de la santé mentale de l'adulte se situent sur des plans divers, il est néanmoins possible d'agir sur les conditions qui les favorisent afin de se rapprocher au mieux de cette organisation préconisée et souhaitée par la quasi-totalité des acteurs concernés.

Il semble cependant important de rappeler que, le désir reste l'élément moteur des actions et qu'il paraît donc indispensable de savoir prendre en compte son existence ou son absence dans la mise en œuvre de cette collaboration.

Ainsi, les effets des dispositifs réglementaires les plus incitatifs, des protocoles les plus rigoureux et des politiques les plus convaincantes sont généralement bien en deçà de ce que permet de réaliser à lui seul le désir des hommes à travailler ensemble.

S'il n'existe guère de moyens d'agir sur l'intensité de ce désir, il est néanmoins possible d'agir sur son utilisation : c'est ainsi que peuvent apparaître les effets positifs des cadres réglementaires (conventions, partenariats formalisés...)

Il semble donc primordial, d'une part, d'être à l'affût de l'apparition de ce désir, d'autre part, de savoir en apprécier la valeur lorsque l'on constate qu'il semble mis au service d'une action consistant à travailler ensemble sur une œuvre commune comme la prise en charge de la santé mentale de l'adulte par les secteurs psychiatrique, social et médico-social.

Il faut bien, en effet, admettre que les collaborations et les partenariats les plus opérationnels rencontrés au cours de l'élaboration de ce mémoire doivent beaucoup plus souvent leur efficacité aux hommes qu'aux dispositifs. Très souvent, les conventions viennent en fait consolider des relations humaines harmonieuses entre des personnes qui espèrent, par cet acte administratif, pérenniser leurs modalités de travail indépendamment de leur présence à plus ou moins long terme dans le groupe concerné.

Mais, si, d'une part, les éléments qui permettent la conjonction de désirs communs sont aléatoires et si, d'autre part, aucune stabilité n'est jamais définitivement acquise, le meilleur garant de la pérennité d'un mode de travail mis en place par des personnes mues par un désir commun de réaliser quelque chose ensemble semble être le temps. En effet, plus une collaboration aura fonctionné longtemps, plus ses chances de survivre au départ d'un de ses participants augmenteront car le bien fondé de son existence sera largement reconnu et la crédibilité de ses actions sera plus élevée.

Ainsi, si la mise en place de d'organisation par la voie contractuelle, conventionnelle ou de toute autre forme visant à favoriser la collaboration des acteurs de la santé mentale reste essentielle, il ne suffit cependant pas d'espérer pouvoir réussir à travailler ensemble, il faut aussi le désirer.

Ainsi, la collaboration des acteurs du soin et de la compensation sociale sera alors à la hauteur de leurs désirs.

Bibliographie

Ouvrages de référence :

Association nationale des présidents et vice-présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers de psychiatrie, *De la psychiatrie*, Les bulletins d'information spécialisée, 1994

ARVEILLER J P, BONNET C, *L'insertion du malade mental : une place pour chacun ou chacun à sa place*, Erès, 1994

AZEMA B, BARREYRE J.Y, CHAPIREAU F, JAEGER M, *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, CTNERHI, collection «point sur... », 2001

BRANDEHO D, *Usure dans l'institution*, 2^e édition, ENSP, 2000

GOGFRYD M, *Les maladies mentales de l'adulte*, PUF, 2000

JAEGER M, *Guide du secteur social et médico-social*, Dunod, 4^e éd., 2001

JAEGER M, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, 2000

JOLIVET B, *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*, Croix-Marine/Frison Roche, 1994

LABREGE A, *L'insertion des personnes handicapées*, La documentation française, 1989

LESUEUR V, *Cadillac, l'asile des fous dangereux*, Hors collection, 1995

LIBERMAN R, *Handicap et maladie mentale*, PUF, 1999

LOUBIERE A, *Demain la psychiatrie, propos impertinents*, Multiple, 1994

SACKS O, *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Seuil, Points Essais, 1992

STIKER H J, *Pour le débat démocratique : la question du handicap*, CTNERHI, essais, 2000

THEVENET A, *L'équipement médico-social de la France*, PUF, 1999

ZRIBI G, POUPEE-FONTAINE D, *Dictionnaire du handicap*, ENSP, 2^{ème} édition, 2000

WOOD P, *classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*, CTNERHI, PUF, 1988

ZARIFIAN E, *des paradis plein la tête*, Odile Jacob, 1994

Articles de référence :

ARVEILLER JP, la désinstitutionnalisation aujourd'hui : nouvelles pratiques, nouveaux enjeux, *Pratiques en santé mentale*, N°3, août 2000, pp. 4 à 8

BANTMAN P, DUFOUR-ZELMANOVITCH L, la notion de réseau en psychiatrie, *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, pp. 750 à 756

BAUDURET J.F, la psychiatrie, une discipline au carrefour du sanitaire et du social, *Gestions Hospitalières*, novembre 1997, N° 370, pp. 737 à 742

BIRCK G, Un psychiatre entre sanitaire et social, *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, pp. 727 à 730

BOURGAIN A, La psychiatrie publique en péril, *Cultures en mouvement*, décembre 2001, pp. 53 à 57

BUNGENER N, Familles et prise en charge au quotidien de la maladie mentale : implication et conséquences, *Handicaps et Inadaptations les cahiers du CTNERHI*, janvier-mars 1998, N° 77, pp. 25 à 37

CAUSSE D, La place des associations dans le paysage psychiatrique, *Gestions Hospitalières*, novembre 1997, N° 370, pp. 733 à 736

CHAPIREAU F, Maladies au long cours : gravité ou handicap ?, *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, pp. 765 à 772

CHAPIREAU F, Modèle, processus et stratégie en santé selon Wood, *Handicaps et Inadaptations les cahiers du CTNERHI*, janvier-mars 1998, N° 77, pp. 77 à 92

CHARLES G, La dérive asilaire, *L'express*, 10 mai 2001, pp. 42 à 43

DURAND B, Entretien avec Geneviève Laroque, présidente de l'UNAFAM, et Bernadette Wahl, présidente de l'UNAPEI, *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, pp. 731 à 740

HELFTER, santé mentale : mieux articuler le sanitaire et le médico-social, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, N° 2127, 1999

JAEGER M, La maladie mentale est-elle soluble dans le handicap ? *Santé Publique*, 1991, 3^e année, N° 5, pp. 64 à 65

KORPES JL, RUCHAT M, Johann Jakob Guggenbühl (1816-1863) ou la gloire éphémère d'un précurseur du traitement médico-pédagogique, *Handicaps et Inadaptations les cahiers du CTNERHI*, janvier-mars 1998, N° 77, pp. 93 à 108

MARTINEZ J, PENOCHET JL, La psychiatrie victime de son image, *Gestions hospitalières*, novembre 1997, N° 370, pp. 710 à 711

OSTRIA V, La raison du plus fou, *L'humanité*, 25 avril 2001, p 19

PERRET J, Sanitaire et social, entre cloisonnement belliqueux et dilution consensuelle : une articulation cohérente des compétences *L'information psychiatrique*, octobre 1995, volume 71, N° 8, pp. 757 à 763

PROLONGEAU H, Folie : la loi des autres, *Le nouvel observateur*, 26 avril 2001, pp. 98 à 100

RICARD J, Une division structurante des pratiques sanitaires et sociales : (l')être sujet ou individu, *Santé Publique*, 1991, 3^e année, N° 5, pp. 69 à 71

ROUFF K, Il est temps que psychiatrie et social additionnent leurs savoirs, entretien avec Gérard MASSE, *Lien social*, 26 octobre 2000, N° 549

Rapports et documents de référence :

ARH de Bretagne, *Schéma régional d'organisation sanitaire, santé mentale en Bretagne 2001-2005*

Centre Hospitalier Guillaume Régnier, *Maison d'accueil spécialisée, projet de vie*, RENNES, juin 2000

Directeurs de MAS et FDT de Bretagne, *Un modèle pluriel, des valeurs communes*, mars 1999

DRASS de Bretagne, ALTAO, *épidémiologie des suicides en Bretagne*, 2000

DRASS de Bretagne, *Plan pluriannuel MAS-FDT de Bretagne 1999-2003*, juin 2000

G MASSE, *La psychiatrie ouverte*, rapport au ministre de la santé, 1992

HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE, *la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, 1998

LAZARUS A, STROHL H, *une souffrance qu'on ne peut plus cacher*, février 1995

Mission nationale d'appui en santé mentale, *Guide méthodologique de création de structures sociales et médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la santé mentale*, janvier 2001

Mission nationale d'appui en santé mentale, *Rapport sur la psychiatrie des secteurs sanitaires 3,4 et 8 de Bretagne*, septembre 1999

PIEL E, ROELANDT JL, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001

Films de référence :

DERVAUX B., *La Devinière*

PHILIBERT N., *La moindre des choses*, 1996

Textes administratifs de références :

Lois et ordonnances

Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions sociales

Loi n°85-1403 du 30 décembre 1985 de financement

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative à la protection des personnes hospitalisées en raison troubles mentaux

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière

Loi n° 96-1076 du 11 décembre 1996 (autisme et réponse médico-sociales), modifiant la loi du 30 juin 1975

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décrets

Décret n° 78- 1211 du 28 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Décret n° 83-262 du 31 mars 1983 portant sur les maisons d'accueil spécialisées

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation

Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées

Décret n° 94-948 du 28 octobre 1994 portant statut des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux

Arrêtés

Arrêté du 14 mars 1986 relatifs aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales

Arrêté du 4 mai 1988 relatif à la nomenclature des déficiences, incapacités, désavantages

Circulaires

Circulaire CNAM n° 79-365 portant sur les établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés

Circulaire n° 340 du 15 mars 1960 (secteur et humanisation des hôpitaux psychiatriques)

Circulaire n° 60 AS du 28 décembre 1978 relative aux modalités de l'article 46 de la Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Circulaire n° 86-6 du 14 février 1986 portant sur la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés

Circulaire n° 87-M-074 du 30 juillet 1987 portant extension du programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés

Circulaire n° 243 du 22 avril 1988 étendant les dispositions de la circulaire n° 86-6 du 14 février 1986 aux malades mentaux

Circulaire n°90-577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

Circulaire n° 93-363 du 23 novembre 1993 d'application du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées