

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

I.R.T.S. RENNES

**PROMOUVOIR L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DE JEUNES
ADULTES D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE POUR
FAVORISER LEUR REINSERTION**

LHERBIEZ Eddy

« Un projet n'a de chance de se réaliser que s'il est conçu de façon suffisamment modeste pour n'avoir pas besoin de compter sur ceux qui n'y adhèrent pas. »

(F. JEANSON)

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1

1^{re} Partie – Une stratégie sociale nécessaire au processus de soins du malade mental

I - La dimension sociale de la prise en charge, vecteur de réinsertion pour le malade mental

A. Historique de la prise en charge des malades mentaux : de l'exclusion à un processus de réinsertion.....	4
B. Un statut de droit commun.....	6
C. Le malade mental handicapé, malade de la relation sociale	8
1. <i>La maladie du lien social</i>	8
2. <i>Le désavantage social, conséquence de la maladie</i>	11
D. Des soins de réadaptation pour réinsérer le malade dans la société.....	12
1. <i>Des soins de réadaptation à développer</i>	12
2. <i>La qualification sociale, facteur de réinsertion.....</i>	13
3. <i>La réhabilitation</i>	14
4. <i>Les aides à la réinsertion sociale.....</i>	15
a) <i>la protection sociale et la santé</i>	15
b) <i>les ressources</i>	16
c) <i>le logement</i>	17

II - L'institut psychothérapique reconnu dans le dispositif de santé mentale

A - Une offre de soins régionale inadaptée aux besoins de la population.....	18
B - Particularité de l'institut : une culture exclusivement soignante	20
1. <i>Du sanitaire dans un cadre associatif à vocation sociale.....</i>	20
a) <i>histoire de l'association.....</i>	20
b) <i>les valeurs qui animent son action.....</i>	21
c) <i>les orientations</i>	21
2. <i>L'établissement.....</i>	22
a) <i>le cadre réglementaire</i>	22
b) <i>le cadre architectural</i>	24
c) <i>le personnel.....</i>	25
3. <i>Un projet thérapeutique original.....</i>	26
a) <i>la psychothérapie institutionnelle</i>	26
b) <i>l'approche systémique et la thérapie familiale</i>	28

c) un savoir-faire reconnu	28
C - Une population de jeunes adultes malades mentaux	29
1. Un recrutement sur le grand Ouest de la France	29
2. Un bon niveau scolaire	30
3. Une pathologie psychotique dominante	30
4. Une durée moyenne de séjour élevée	31
Synthèse	31

2^e Partie – L'exclusivité de l'action soignante remise en question pour favoriser la réinsertion
--

I - Une culture sanitaire qui ne favorise pas la réinsertion sociale	
A - Des réponses actuelles inadéquates.....	33
B - Un cadre contraignant.....	34
C - Les limites de notre action.....	35
1. Un accompagnement thérapeutique qui ne favorise pas la réadaptation sociale.....	35
2. Un accompagnement social inexistant.....	37
II - Après avoir innové, l'institut psychothérapeutique s'essouffle	
A - Des points forts à mettre en valeur	38
B - Un immobilisme confortable mais peu stratégique	39
C - Des objectifs à atteindre	39
1. Le soigné.....	39
2. L'environnement.....	40
3. Le personnel de l'établissement.....	41
4. Les partenaires	41
III - Des moyens d'action prenant en compte les orientations de la politique de santé mentale	
A - Des orientations axées sur la réinsertion sociale.....	42
B - Un projet de soin global intégrant la dimension sociale de la prise en charge du jeune.....	43
C - Les formes possibles du service d'accompagnement	44
Synthèse	45

3^e Partie – L'accompagnement social, clef de voûte du processus de réinsertion

I - Un projet de soin global intégrant la dimension sociale de la prise en charge du jeune

A - La philosophie du projet.....	46
B - Les consultations et informations préalables	47
1. Une démarche participative.....	47
2. Le partenariat.....	49
C - Le choix du service d'accompagnement	50

II - Les nouveaux moyens d'action permettant un accompagnement social

A - Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).....	52
1. Les conditions liées au soigné	52
2. Le projet.....	53
B - Des maisons thérapeutiques.....	56
1. Les conditions liées au soigné	57
2. Le projet.....	57
C – La gestion des projets	58
1. La procédure d'autorisation	58
2. La gestion du personnel.....	61
3. L'aspect financier.....	63
a) les investissements	63
b) budget prévisionnel de fonctionnement.....	64

III - L'évaluation

Synthèse

CONCLUSION.....

BIBLIOGRAPHIE

Sigles et Abréviations

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AES	Allocation d'Éducation Spéciale
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
ALF	Allocation de Logement Familial
ALS	Allocation de Logement Social
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
APL	Aide Personnalisée au Logement
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CDES	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CDSM	Conseil Départemental de Santé Mentale
CESF	Conseiller en Économie Sociale et Familiale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CMSA	Caisse de Mutualité Sociale Agricole
CMU	Couverture Maladie Universelle
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DMS	Durée Moyenne du Séjour
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ETC.	Et cetera
OQN	Objectif Quantifié National
PRAPS	Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

INTRODUCTION

Le statut de la folie a évolué à travers les époques et les sociétés. La loi du 30 juin 1838 et celle du 27 juin 1990 ont élevé le « fou » à la dignité de « malade », personne ayant besoin de soins et qui bénéficie d'un statut lui reconnaissant des droits et des devoirs.

L'institut psychothérapique que je dirige depuis le 1^{er} septembre 2000 est un établissement sanitaire, géré par une association loi 1901, situé dans le département de Maine-et-Loire, accueillant des jeunes adultes de 16 à 30 ans souffrants de troubles psychiques.

Auparavant, j'ai œuvré pendant neuf années comme soignant au Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe, avant de prendre la direction d'un logements-foyer pour personnes âgées en 1995, à l'issue d'une formation de cadre de direction.

Mon arrivée à l'institut coïncide avec le pilotage de cinq dossiers qui engagent son avenir :

- L'aménagement et la réduction du temps de travail ;
- Le renouvellement d'autorisation de fonctionner (décennal) ;
- La formalisation du projet d'établissement (pour 5 ans) ;
- La démarche d'amélioration continue de la qualité ;
- L'engagement dans la procédure d'accréditation.

La tâche est rude mais dynamisante pour l'ensemble des personnels et la fonction de direction est déterminante pour impulser une réflexion sur les pratiques de l'établissement.

En ce qui concerne la pratique psychiatrique, celle-ci a considérablement progressé sur deux versants :

- ❖ Le versant de la psychopharmacologie, en proposant des traitements de mieux en mieux adaptés qui, associés aux approches psychopathologiques, concourent au mieux être du malade, facilitent la relation et la communication.
- ❖ Le versant de la réadaptation sociale, à travers le courant de la « psychothérapie institutionnelle ».

C'est bien dans ce courant de psychothérapie institutionnelle que des modalités de prise en charge sont proposées au soigné :

- Des soins médicalisés d'ordre psychiatrique, destinés à réduire la souffrance psychique avec, éventuellement, l'utilisation de l'unité de crise et de soins intensifs ;
- Des soins psychothérapiques offrant des possibilités de thérapies individuelles, thérapies de groupe et thérapies familiales ;

- Des soins d'ordre socio-thérapeutique avec mobilisation du jeune autour de responsabilités diverses au cours du séjour.

La place du malade mental dans la société a été interrogée :

- Par les associations privées : ligue française d'hygiène mentale, sociétés de Croix-Marine, l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Mentaux (UNAFAM) ;
- Par la psychiatrie publique, au travers de l'expérience du « secteur », entrouverte par une circulaire du 15 mars 1960, confirmée par les lois du 25 juillet et 31 décembre 1985.

Cette réflexion a permis d'organiser la prise en charge du malade au sein de notre société avant, pendant et après l'hospitalisation, de définir une politique de santé mentale qui comprend, outre les actions de soins, des actions de réadaptation et de réinsertion sociale.

Cependant, le retour du malade dans la communauté après une hospitalisation ne se fait pas sans difficulté, pour différentes raisons :

- L'image négative dont souffre encore la psychiatrie, tant dans la maladie que dans les lieux de soins ;
- Les réactions sociales complexes qui oscillent entre protéger le malade de la société (isolement inacceptable) et protéger la société du malade (sécurité) ;
- La symptomatologie psychiatrique (inertie, inactivité, solitude, indifférence, désintérêt, etc.)
- Un contexte socio-économique difficile avec une augmentation du coût de la santé, des tentatives de maîtrise des dépenses de santé, ainsi que la rationalisation des actes médicaux et des dépenses hospitalières (budget global, évaluation des activités et des dépenses).

De plus, les clivages entre secteurs sanitaire et social, qu'ils soient administratifs et législatifs (lois hospitalières, loi de 1975) ou financiers (les lois de décentralisation ont confié la maladie à la sécurité sociale, le handicap à l'Etat et le social aux collectivités territoriales) sont des freins à la réinsertion du malade mental qui se trouve à la croisée de plusieurs compétences.

Il n'est pas du rôle de la psychiatrie d'organiser le champ social. Cependant, les réseaux familiaux ou l'entourage n'ont plus la même fonction par rapport aux personnes en difficulté. La collectivité doit donc s'adapter à la mutation de la société. Dans ce cadre, des espaces d'aide sont nécessaires pour les personnes souffrants de troubles psychiques en difficulté de réinsertion.

La « *désaffiliation sociale* »¹, c'est à dire la perte progressive du lien social entraîne une souffrance psychique néfaste au processus de réinsertion des malades. Comment dépasser clivages et contradictions pour répondre aux difficultés de réinsertion sociale nées de la maladie mentale ?

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de psychiatrie des Pays de la Loire (1999–2004) propose cinq objectifs pour répondre aux besoins des patients dont l'un concerne « l'amélioration des modalités de prise en charge pour une meilleure réhabilitation du patient », avec l'idée de développer les formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation complète.

Un établissement de santé mentale comme le nôtre doit être capable de prendre en compte la dominante thérapeutique (polarisée par le soin) et la mission de santé mentale à dominante socio-sanitaire voire sociale.

Pour autant, et nous l'aborderons plus loin dans ce travail, la réinsertion du malade mental n'est pas facile car le droit commun s'applique, sauf s'il est reconnu handicapé par la COTOREP. Sans vouloir stigmatiser le malade en tant que tel, il est nécessaire d'appliquer une lecture typologique spécifique à chaque malade, laquelle doit s'adapter à sa problématique.

J'étudierai dans ce mémoire la nécessaire complémentarité sanitaire et sociale au sein de l'établissement pour favoriser la réinsertion des soignés en tenant compte :

- Des caractéristiques et besoins de la population adressée à l'établissement ;
- Des réponses actuelles sur le terrain ;
- De la politique actuelle en santé mentale ;
- De la place que la communauté est prête à accorder au malade mental.

Après avoir abordé la nécessité de prendre en compte l'aspect social dans le processus de soins du malade (1^{re} partie), j'aborderai la remise en question et les limites d'une action

¹ D'après Robert CASTEL, in « *Les métamorphoses de la question sociale* », Paris, Ed. Fayard, 1996;

soignante exclusive dans le contexte actuel (2^e partie), pour montrer que l'accompagnement social est la clef de voûte du processus de réinsertion (3^e partie).

1^{re} Partie – Une stratégie sociale nécessaire au processus de soins du malade mental

I. La dimension sociale de la prise en charge, vecteur de réinsertion pour le malade mental

A. Historique de la prise en charge des malades mentaux : de l'exclusion à un processus de réinsertion

Parler d'insertion, c'est aussi aborder l'exclusion. L'un ne va pas sans l'autre. Chaque époque a, peu ou prou, au gré des croyances et des valeurs dominantes, son lot d'exclus qu'il s'agisse de la lèpre avant le moyen-âge, de la peste ensuite, ou de la folie qui, d'après Michel Foucault², « succède à la lèpre dans les peurs séculaires, suscite comme elle des réactions de partage, d'exclusion, de purification (...) ».

Gérard Massé³ constate que « pendant la première partie du moyen-âge, si l'insensé est un pêcheur, il n'est pas pour autant considéré, à l'époque, comme un criminel, ni persécuté comme il le deviendra plus tard. Au contraire, il bénéficiera d'une attitude humanitaire (...) Ainsi les arriérés portent-ils un brassard spécial que les vagabonds leur envient, et imitent parfois ».

Avec l'inquisition, les malades mentaux victimes de la « chasse aux sorcières » accusés de pactiser avec le diable paient durement le prix d'une crise « politico-religieuse ».

² M. FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Ed. Gallimard, 1982, Page 18 ;

³ G. MASSE, A. JACQUART, M. CIARDI, *histoire illustrée de la psychiatrie*, Ed. Dunod, 1987, Page 5 ;

Sous l'ancien régime, les plus fous sont enfermés avec les criminels et les prostituées.

C'est à Pinel (1745-1824) qu'il revient d'abolir les chaînes qui retiennent les malades, dans l'allant de la révolution française.

La loi du 30 juin 1838 atteste de la volonté de changement dans le rapport à la maladie mentale : protéger les malades contre eux-mêmes et contre les internements abusifs, protéger la société. C'est la première véritable organisation du couple protection / exclusion avec l'obligation pour chaque département d'avoir un établissement public, dont il faudra bien continuer à se servir ensuite.

Dans le même temps que Freud (1856-1939), découvrant l'inconscient, transforme la maladie mentale en langage codé qu'il convient de déchiffrer, s'ouvrent les colonies familiales (Dun-sur-Auron en 1892 pour les femmes, Ainay-le-Château en 1900 pour les hommes), premières alternatives d'envergure à l'hospitalisation qui conjuguent l'accueil chez l'habitant et le retour à la nature.

Si la période de l'occupation frappe durement les hôpitaux psychiatriques pendant la seconde guerre mondiale (40 000 malades meurent sur 108 000 faute de soins ou de nourriture) et accélère la prise de conscience de leur inadéquation, donnant naissance au courant de la psychothérapie institutionnelle⁴ (Docteurs Tosquelles et Bonnafé), c'est à partir de 1952 avec l'apparition des premiers neuroleptiques que peut être sérieusement envisagé un processus de soins, de l'accueil à la réinsertion des malades mentaux.

En 1954, l'équipe du 13^e arrondissement de Paris, autour de Philippe Paumelle, pose les bases d'une pratique de secteur, reconnue par la circulaire n° 340 du 15 mars 1960, c'est à dire une aire géographique correspondant à 70 000 habitants environ. Cette circulaire, renforcée par l'arrêté du 14 mars 1972 imposant un plan d'organisation départemental, a un triple objectifs :

- Faire que tout citoyen puisse avoir des soins de qualité au plus proche de son domicile ;
- Eviter l'hospitalisation ou la ré hospitalisation ;
- Améliorer les conditions de l'hospitalisation.

⁴ Voir infra, page 26 ;

Le mouvement antipsychiatrique, sans entraîner comme en Italie la fermeture radicale des hôpitaux psychiatriques, apporte un éclairage salutaire sur les rapports folie-institution interrogeant notamment la place de la famille.

Aujourd'hui, le secteur psychiatrique est solidement ancré, depuis l'article 8 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985, et doit mettre à la disposition de la population des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins à l'intérieur des hôpitaux mais aussi à l'extérieur de ceux-ci. La psychopharmacologie a fait des progrès, les lois n°534 et 535 du 30 juin 1975 protègent les handicapés et la loi n°87-517 du 10 juillet 1987 leur facilite l'accès au travail en milieu ordinaire.

La circulaire du 14 mars 1990 énonce les orientations de la politique de santé mentale⁵ axées sur la qualité des soins et la réinsertion sociale des personnes malades. A cet égard, il me semble important de préciser que la question de la réinsertion sociale sous-tend la réflexion du mémoire dans la dynamique institutionnelle.

Dernière loi en vigueur, la loi du 27 juin 1990, se substituant à la loi du 30 juin 1838, définit la politique de santé mentale actuellement menée. L'article 1 précise que « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* ». La loi tient en trois grandes orientations, complémentaires les unes des autres :

- promouvoir les droits des malades mentaux et de leur famille,
- développer la recherche et l'évaluation en psychiatrie,
- rénover et transformer en profondeur notre dispositif de santé mentale.

B. Un statut de droit commun

Le cadre juridique appliqué aux malades mentaux s'est rapproché au fil du temps du régime commun.

La loi du 30 juin 1838 pré-citée, outre son volet médical, visait également la préservation de la sécurité publique et la sauvegarde des intérêts pécuniaires des aliénés.

⁵ Voir infra, page 42 ;

➤ La préservation de la sécurité publique

L'hospitalisation sous contrainte était la règle, soit en placement volontaire (volonté d'un tiers et pas du malade !) si la personne était dangereuse pour elle-même, soit en placement d'office (par arrêté préfectoral) si la personne était dangereuse pour autrui.

Aucune allusion à l'hospitalisation libre, c'est à dire avec le consentement de la personne.

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, réforme 152 ans plus tard ces dispositions en posant les principes suivants :

- les notions d'internement et de placement sont remplacées par celle d'hospitalisation ;
- l'hospitalisation libre devient la règle (90 % des admissions) ;
- le placement volontaire devient hospitalisation sur demande d'un tiers, le placement d'office est remplacé par hospitalisation d'office.

Le statut du malade hospitalisé en psychiatrie tend donc fortement à rejoindre le statut commun, complété éventuellement par la loi n°534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

➤ La sauvegarde des intérêts pécuniaires

Une protection spécifique dès l'internement découlait soit de la loi du 30 juin 1838 (régime de l'administration des biens des aliénés non interdits), soit du code civil (régime de l'interdiction et conseil judiciaire).

La loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs peut s'appliquer désormais aux malades mentaux, mais pas exclusivement. Cette loi a instauré des régimes juridiques tendant à les protéger (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle), « *soit à l'occasion d'un acte particulier, soit de façon continue* ». Sont notamment concernés « *les majeurs qu'une altération de leurs*

facultés personnelles⁶ met dans l'impossibilité de pourvoir seuls à leurs intérêts ».

Pour être complet, précisons que la loi du 18 octobre 1966 a prévu la tutelle aux prestations sociales qui englobe les allocations d'aide sociale dont l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Autre élément qui démontre l'évolution des interactions entre la société et le malade mental, l'article 64 du code pénal qui stipulait qu' « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment des faits ou lorsqu'il y a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* ».

Le Nouveau Code Pénal dans son article L122-1 distingue d'une part l'abolition du discernement ou du contrôle des actes posés entraînant la non-responsabilité pénale et d'autre part l'altération du discernement ou du contrôle des actes entraînant un délit punissable.

L'article 489-2 du Code Civil dispose quant à lui que « *celui qui a causé un dommage à autrui alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation* ».

Le statut juridique du malade mental hospitalisé, ses capacités civiles et pénales tendent donc vers une normalisation voulue par le législateur. Au fil du temps, la stigmatisation du malade mental s'est affaiblie, ses droits sont rétablis pour rejoindre le statut de droit commun du malade (pathologie somatique ou psychiatrique). L'étude des aspects particuliers de la maladie mentale, des rapports entre malade mental et société, des aides diverses va permettre de mieux appréhender les différents facteurs entrant en jeu dans la réinsertion.

C. Le malade mental handicapé, malade de la relation sociale

1. la maladie du lien social

J'emprunterai au professeur Sivadon⁷ sa définition des maladies mentales : « *Les maladies mentales sont des troubles des fonctions supérieures de relation. Il s'agit essentiellement des fonctions d'intégration de la personnalité et du monde à un niveau impliquant des relations de signification et des communications interhumaines. On peut dire qu'il y a maladie*

⁶ Mentale ou physique ;

⁷ P. SIVADON, J. DURON, *La santé mentale*, Paris, Ed. Privat, Coll. Epoque, 1979, Page 149

mentale lorsque l'intégration (...) du monde se fait de telle manière que la relation de l'une à l'autre n'a plus de signification ou qu' 'elle en a acquis une qui n'est pas communicable à autrui ».

Je citerai également la définition d'un soigné : « *la maladie mentale se caractérise par une perte de contact avec le réel, nous avons du mal à communiquer avec l'entourage, c'est pourtant ce que nous souhaitons le plus car communiquer implique la relation à l'autre et de bonnes relations nous aident à guérir* ».

Le soigné et le professeur Sivadon mettent ici l'accent sur les relations inter-humaines et sur la communication. Ce dernier précise plus loin ce qu'il faut entendre par névrose et psychose⁸ : « *Lorsque, du fait d'un trouble cérébral ou simplement d'expériences antérieures douloureuses, un sujet donne au monde une signification qu'autrui n'aperçoit pas, il doit, s'il veut continuer à communiquer avec autrui, lui dissimuler son trouble et vivre douloureusement ses relations avec le monde : c'est la névrose. S'il ne parvient pas à établir ce compromis qui lui garde sa place parmi les autres hommes, au prix certes d'une souffrance et d'une réduction de son activité, il sera contraint de rompre la communication avec autrui : c'est la psychose* ».

« *La maladie mentale est essentiellement maladie du lien, de la relation sociale aux autres.....* » écrit Gilles Vidon⁹. Et certains auteurs ont en effet souligné la désocialisation à l'œuvre dans la psychose, maladie considérée comme la plus grave.

« *C'est probablement dans la psychose, écrit Edouard Zarifian¹⁰, que le danger de non-retour dans la communauté est le plus grand. L'expérience psychotique est un épisode de démolition, de déstructuration du Moi. Les repères internes du sujet, mais aussi ses repères avec l'environnement, s'estompent ou disparaissent. Les questions fondamentales pour tout être humain - en particulier sur sa propre identité - restent sans réponse. sinon celles, erronées, données par les autres (soignants, famille)* ».

Trouble de l'identité, maladie de la relation sociale aux autres ? Quoi qu'il en soit, la psychose influe sur les capacités et du même coup sur le réseau relationnel des malades : « *Les patients psychotiques, explique M. Tousignant¹¹, présentent un réseau de soutien social nettement déficient. Les pathologies lourdes, dites psychotiques, sont désavantagées par rapport*

⁸ Ibid. Page 153

⁹ G. VIDON, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Ed.Frison-Roche, Croix Marine, 1995, Page 30.

¹⁰ E. ZARIFIAN, *Les jardiniers de la folie*, Ed. Odile Jacob, 1994, p.271.

¹¹ M. TOUSIGNANT, *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, PUF, Paris, 1992, p.89-91.

aux pathologies moins sérieuses, dites névrotiques (...). Les psychotiques ne comptent souvent pas plus de 4 ou 5 personnes dans leur réseau d'appartenance alors que la moyenne oscille entre 25 et 40 personnes au sein d'une population générale (...). En outre, (...) les amis ou les parents de ces patients n'ont que de très faibles contacts entre eux ».

Le professeur Sivadon définit la santé mentale comme «*un état positif d'équilibre et d'harmonie entre les structures nerveuses de l'individu et la structure du milieu auquel il doit s'adapter*»¹², cet état étant le résultat d'un effort permanent d'équilibration.

Ces définitions m'intéressent en tant qu'elles mettent l'accent sur la notion d'équilibre entre l'individu et le milieu dans lequel il évolue, l'insertion sociale mettant en jeu non seulement l'état de santé de l'individu mais aussi la réceptivité du milieu social environnant.

La notion de stabilisation de la maladie renvoie pour l'essentiel, à la psychopharmacologie. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années par l'utilisation de médicaments actifs dans les troubles de la santé mentale.

Je citerai parmi ceux-ci les neuroleptiques, particulièrement prescrits dans le traitement des psychoses, les anxiolytiques utilisés contre l'anxiété, les anti-dépresseurs, utiles dans certaines névroses et dépressions, et les régulateurs de l'humeur, le lithium en étant sans doute le plus connu. Ce sont là des progrès de la psychopharmacologie qui ont permis d'envisager une stabilisation des malades, notamment les psychotiques, préalable à la réinsertion.

Mais ce qui a amené la stabilisation des soignés ne peut pas se réduire aux traitements médicamenteux. La thérapie passe également par l'institution, c'est à dire par la présence de soignants et de lieux de soins qui offrent un cadre repérant, sécurisant.

En résumé, les malades mentaux stabilisés sont des personnes qui ont bénéficié d'une prise en charge institutionnelle, en hôpital ou en clinique, et dont les symptômes de la maladie ont pu être masqués par le traitement, autorisant par là-même la reprise d'une vie sociale et relationnelle. La stabilisation pourrait être définie comme une étape préalable dynamique à la réinsertion permettant au soigné de se situer dans l'espace et le temps.

¹² P. SIVADON, J. DURON, *La santé mentale*, Paris, Ed. Privat, Coll. Epoque, 1979, Page 12

Si la stabilisation marque un progrès sur le chemin de la reprise d'une place dans la vie ordinaire, ces personnes restent cependant fragiles, parfois handicapées par la maladie.

2. le désavantage social, conséquence de la maladie

Le concept de handicap a quelque peu varié depuis la dernière guerre. La loi de 1975 marque une fracture entre les domaines sanitaire et social mais ne propose pas de définition très précise du handicap. La confusion fréquente entre maladie et handicap n'est plus d'actualité avec la classification de Wood.

En effet, à la demande de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Philip Wood a proposé une classification internationale des handicaps qui sert aujourd'hui de référence. Il distingue plusieurs plans d'expérience sur lesquels se jouent les difficultés de santé¹³ :

- *« le premier plan d'expérience est constitué par les déficiences (impairments), c'est à dire les maladies ; les atteintes psychologiques font partie de ce plan au même titre que les fractures ;*
- *les incapacités (desabilities) forment le deuxième plan ; il s'agit là de limitations imposées par les déficiences, de pertes de capacités qui pourront affecter les possibilités d'entrer en communication avec les autres (ou de monter les escaliers) ;*
- *le désavantage social (handicap) enfin, représente la conséquence, en terme de vie sociale, induite par les plans précédents. Les répercussions sur la vie professionnelle en font partie. L'impossibilité d'occuper un emploi (...) est un exemple de désavantage social induit ».*

En quelque sorte, il est possible de dire que si la stabilisation de la maladie relève du soin actif, le désavantage social qui en résulte relève de l'accompagnement social.

Que reste-t-il de la maladie qui, malgré la stabilisation, constitue un handicap ?

- Une baisse de la capacité critique : c'est à dire une distorsion dans l'appréciation de la réalité qui amène la personne à sur ou sous-estimer ses possibilités, les situations rencontrées.

¹³ WOOD P. in ARVEILLER JP, BONNET C, *L'insertion du malade mental*, Ed. Erès, 1994, p.33

- Une fatigabilité liée, pour partie aux traitements, pour partie à une diminution de la motivation, ce qui entraîne une tendance au repli sur soi, une difficulté à aller vers les autres (voire une peur d'autrui), une baisse des performances dans tous les domaines.
- Un apragmatisme résiduel qui se traduit par une perte d'énergie et une utilisation inefficace de celle-ci.
- Une angoisse latente qui peut se manifester à tout moment dans des circonstances apparemment bénignes.

Cet ensemble de facteurs, variables suivant les individus et les pathologies, si l'on y ajoute l'imprévisibilité qui accompagne toujours la maladie mentale, constituent un handicap certain. L'institution aura à singulariser ce temps pour amener le sujet à la conquête d'une place sociale ou la reprise ou recherche d'activité (études, emploi, etc.), et qu'il devienne acteur de son projet.

D. Des soins de réadaptation pour réinsérer le malade dans la société

1. Des soins de réadaptation à développer¹⁴

La réadaptation peut être définie comme *« l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît comme problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive à moyen terme afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale »*.¹⁵

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale définit les soins de réadaptation comme *« permettant une certaine insertion dans le milieu social et un réentraînement à l'autonomie »*. Cette définition vague ne décrit ni les protocoles de soins à mettre en œuvre dans ce cadre, ni les compétences professionnelles concernées. La réadaptation serait le mouvement qui aboutirait à une *« certaine insertion »* grâce au passage dans les institutions mentionnées.

¹⁴ Voir schéma de prise en charge du soigné, annexe 1 ;

¹⁵ Conférence de consensus sur les stratégies à long terme dans les psychoses schizophréniques (janvier 1994).

Dans la pratique, ces soins de réadaptation sont généralement des espaces soignants où des mises en situation de groupe peuvent être proposées. Le but est de permettre au soigné de prendre une place d'acteur parmi d'autres, dans un cadre bien précis. C'est dans cette situation standardisée, encadré par une équipe multidisciplinaire (soignante et/ou éducative), qu'il va pouvoir élaborer des relations interpersonnelles, échanger, tisser des « liens solidaires »¹⁶.

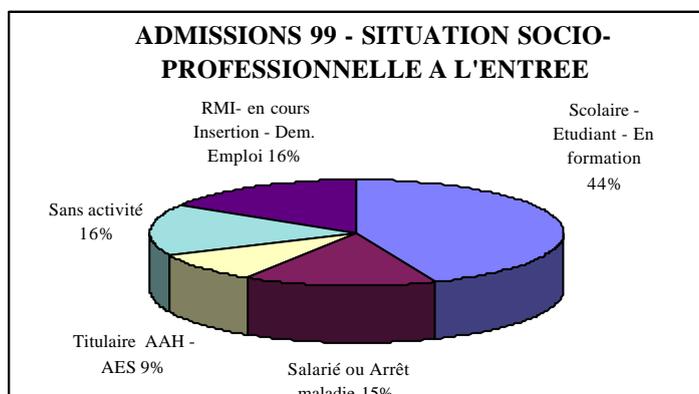
Les moyens existants aujourd'hui, sont spécifiquement l'atelier thérapeutique, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou le centre de réadaptation. Mais l'hôpital de jour ou certains ateliers d'ergothérapie offrent également des possibilités de soins de réadaptation.

La spécificité de chacun de ces lieux dépendra de la priorité choisie : privilégier la création, la production, les repères temporels, les mouvements vers l'extérieur, etc. L'établissement d'une « socialité »¹⁷, prémisses de toute compétence sociale, reste fondamental. Les soins de réadaptation restent à développer à l'institut, seules les activités sociothérapeutiques et ergothérapeutiques y participent.

Certains considèrent également que le contrat de temps et la pluri-professionnalité des acteurs (moniteurs, éducateurs, assistante sociale, professionnels de l'expression...) font partie de ces soins de réadaptation.

2. la qualification sociale, facteur de réinsertion

Dans ce travail, j'utiliserai le terme réinsertion plutôt qu'insertion, compte-tenu d'une population en majorité insérée avant l'hospitalisation :



¹⁶ Selon M. WEBER, « lien de solidarité s'exerçant dans un groupe naturel de proximité immédiate ».

¹⁷ Selon M. WEBER, « regroupement, fût-il éphémère, autour de valeurs, d'émotions, de sentiments partagés ».

Pour des raisons liées à la situation économique, à la maladie et au désavantage social qu'elle génère, j'étudierai en priorité les conditions d'une réinsertion sociale durable tout en favorisant la réinsertion professionnelle dès qu'elle sera possible.

La réinsertion, soit le retour à la vie sociale, est la finalité de toute thérapeutique. Elle ne peut être que le résultat de deux efforts : celui de la société qui doit tendre au meilleur accueil possible grâce à des dispositifs appropriés (mesures sociales, travail de prévention et d'information auprès de la population) ; celui de l'individu et de ses soignants qui doivent parvenir à une adaptabilité maximale, ce que Jean-paul Arveiller nomme « *qualification sociale* »¹⁸, conséquence de la réadaptation. « *L'insertion (ou la réinsertion) est définie en terme de lien, elle suppose donc une interactivité qu'il est nécessaire de remettre en place* »¹⁹. La notion de qualification sociale, facteur de réinsertion, est fondamentale car « *il s'agit de trouver un état, une qualité, des compétences personnelles à partir desquels pourra se jouer le lien social* »²⁰.

3. la réhabilitation

La réhabilitation est un concept plus ambigu. Dans le sens anglo-saxon, elle signifie restaurer les capacités sociales, les « habiletés sociales », c'est à dire « *les compétences matérielles (trouver un emploi, gérer un budget, etc.) ou relationnelles (capacité d'écoute, savoir-faire face à un conflit, etc.) qui permettent à une personne d'atteindre ses objectifs personnels de façon socialement adaptée* »²¹. Dans le sens français, elle signifie restaurer dans une dignité. La réhabilitation est l'aboutissement du processus de réinsertion.

Cependant, la réhabilitation doit être définie par les moyens mis en place par la société pour optimiser ses propres capacités d'accueil. Elle englobe donc les mesures sociales s'adressant

¹⁸ ARVEILLER JP, BONNET C, *L'insertion du malade mental*, Erès 1994, p.92

¹⁹ Ibid., p.92

²⁰ Ibid., p.92

²¹ O. CHAMBON in Santé Mentale, n°29 juin 1998, page 31 ;

au public concerné et le travail de prévention et d'information auprès de la population. Il s'agit donc là de la double reconnaissance, par la communauté et par le patient lui même, d'une place de citoyen et d'être humain à part entière.

Le concept de citoyenneté pour un public de soignés à l'institut psychothérapique peut se définir comme la faculté d'avoir intégré les droits et devoirs de la société pour mieux y asseoir son inscription en tant qu'individu.

Ces trois notions de réadaptation, réinsertion et réhabilitation sont donc à prendre dans cet ordre et font référence respectivement au soin, au social, au droit et à la citoyenneté. Elles représentent les étapes successives nécessaires à la réhabilitation du malade.

4. les aides à la réinsertion sociale

Quels sont les moyens matériels dont peut disposer le malade mental stabilisé pour réaliser son retour dans la communauté ? Les aides diverses touchent la protection sociale et la santé, les ressources, le logement mais ne sont pas spécifiques à la population étudiée qui, nous l'avons vu, bénéficie d'un statut de droit commun. Cette population apparaît doublement désavantagé, d'une part sur le plan de l'accès aux aides et, d'autre part sur le plan de la problématique. Une nouvelle forme d'accompagnement reste à inventer.

a) La protection sociale et la santé

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale pour ses dépenses de santé. Elle offre également une couverture maladie complémentaire gratuite aux personnes dont les revenus sont les plus faibles (inférieurs à 3500 F par mois pour une personne seule), et automatiquement pour les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI). Cette couverture complémentaire comprend la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée et le remboursement à un certain niveau des frais de prothèse ou d'orthopédie dentaire et des lunettes de vue. De plus, le bénéficiaire de la couverture complémentaire est dispensé de l'avance des frais.

La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions garantit l'accès de tous aux droits fondamentaux dont l'accès aux soins. Elle est à l'initiative de la loi portant création de la CMU mais aussi des programmes pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) des personnes les plus démunies, de l'affirmation du rôle social de l'hôpital, le développement des centres de cure ambulatoire en alcoologie et la lutte contre le saturnisme infantile.

L'article 42 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées prévoit l'affiliation obligatoire à l'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale des personnes handicapées touchant l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés), les cotisations incombant à l'assurance maladie. Mais ces personnes ne pourront pas, pour le moment, bénéficier de la CMU complémentaire puisque leurs ressources sont supérieures au plafond fixé (3500 F pour une personne seule). Un projet de loi prévoit une augmentation de 100 F de ce plafond, autorisant ainsi les titulaires de l'AAH à bénéficier de la CMU complémentaire.

b) Les ressources

L'AAH est un minimum social qui peut être accordé aux malades reconnus handicapés par la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel), versé par les CAF (Caisses d'Allocations Familiales) et financé par l'Etat. A l'institut psychothérapique, 9% des soignés sont reconnus handicapés²² et pourront bénéficier des dispositifs liés à ce statut, dont l'AAH.

Cette allocation est incessible et insaisissable, exception faite des frais d'entretien de la personne handicapée.

Les conditions requises sont :

- Etre de nationalité française, ressortissant d'un pays de l'Union européenne, réfugié ou apatride, et résider en France depuis un certain temps.
- Etre âgé de plus de 20 ans, en règle générale.
- Etre atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80% ou être dans l'incapacité reconnue de se procurer un emploi à condition de souffrir d'une incapacité permanente d'au moins 50%.
- Ne pas bénéficier d'une pension d'invalidité, de vieillesse ou d'une rente accident du travail d'un montant équivalent à celui de l'allocation.

Accordée pour une période comprise entre 1 et 5 ans, son montant maximum est de 3575,83 F mensuels au 01/07/2000. Elle peut être diminuée en cas d'hospitalisation supérieure à 60 jours, un minimum de 608 F devant rester à l'intéressé après paiement du forfait journalier hospitalier (70 F).

Un complément autonomie peut être accordé à la personne handicapée disposant d'un logement dont le montant est fixé à 16% de l'AAH soit 572 F au 1^{er} juillet 2000.

²² Voir supra, tableau page 13 ;

L'allocation compensatrice est attribuée lorsque l'état de l'adulte handicapé nécessite l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ou que l'exercice d'une activité professionnelle entraîne pour lui des frais supplémentaires. Elle s'applique peu au malade mental.

Le RMI, institué par la loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988, obéit lui aussi à des règles d'attribution précises et associe à l'allocation un ensemble de droits sociaux visant à rendre possible l'insertion (ressources, CMU, allocation logement, exonération de la taxe d'habitation).

Son montant versé par la CAF ou la CMSA (Caisse de Mutualité Sociale Agricole) est de 2552,35 F maximum pour une personne seule au 1^{er} juillet 2000.

Cette prestation, plus récente que l'AAH, est intéressante car elle se base sur les capacités d'évolution de la personne et non sur la reconnaissance d'un handicap, mais elle n'est attribuée qu'à partir de 25 ans.

c) Le logement

Selon ses ressources, le malade mental pourra bénéficier des aides au logement :

- L'Aide Personnalisée au Logement (APL) est versée par les CAF directement au propriétaire (en cas de location) ou à l'organisme prêteur (en cas d'achat) et déduite de la somme à verser. L'APL nécessite une convention entre l'Etat et le bailleur.
- L'Allocation de Logement Familial (ALF) est attribuée sous condition de ressources et de charges familiales.
- L'Allocation de Logement Social (ALS) est accordée à toute personne qui n'a pas droit aux aides précédentes, sous réserve qu'elle paie un minimum de loyer compte tenu de ses ressources.

Après le droit au logement institué par la loi Besson du 30 mai 1990, la loi du 29 juillet 1998 de prévention et de lutte contre les exclusions affirme le droit à l'habitation, c'est à dire assurer à chacun un toit, mais aussi un confort minimum. Les dispositifs d'aide existants ont été améliorés par :

- Le renforcement de l'efficacité du plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées qui gère un fonds de solidarité pour le logement (caution, aides, prêt) ;

- Le développement et le droit au logement social : accroître l'offre, favoriser l'accès, améliorer l'attribution des logements sociaux, protéger les droits des occupants.

Enfin, les malades reconnus handicapés par la COTOREP, dont le taux d'invalidité est supérieur à 80% peuvent bénéficier des services d'aide ménagère dans les mêmes conditions que les personnes âgées.

Nous l'avons vu, aucune aide spécifique n'est accordé aux malades mentaux, hormis ceux reconnus handicapés par la COTOREP. Cependant, l'institut psychothérapique doit s'inscrire dans une stratégie contradictoire pour être reconnu dans le dispositif de santé mentale :

- Protéger : c'est à dire garantir au sujet de ne pas subir les effets pénalisants de sa maladie ou du désavantage social. S'il n'y a plus de protection, le sujet est dans le milieu ordinaire.
- Promouvoir : c'est à dire chercher toutes les potentialités du sujet pour qu'il se réinsère. S'il n'y a plus de promotion, l'institut fait de la « garde ».

Contrairement au secteur du handicap, régi par la loi du 30 juin 1975, l'institut doit assurer le couple « protection / promotion » avec les règles de droit commun.

II. L'institut psychothérapique reconnu dans le dispositif de santé mentale

A. Une offre de soins régionale inadaptée aux besoins de la population

Dès lors qu'ils s'inscrivent dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, les établissements de santé publics et les établissements privés, à but lucratif ou non, participant ou non au service public hospitalier, relèvent de la carte sanitaire en psychiatrie pour les structures entrant dans le champ d'application de l'arrêté du 11 février 1991.

Dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, la région Pays de la Loire se caractérise par une densité de lits psychiatriques inférieure à la moyenne nationale. L'arrêté pré-cité évalue l'indice plafond de besoin en lits d'hospitalisation complète à 0,9 pour 1000 habitants

L'indice réel est de 1,47 pour la France et 1,21 pour la région Pays de la Loire²³. Le nombre de lits excédentaires est alors estimé à 1000 lits (242 lits pour le Maine et Loire).

Mais l'ARH des Pays de la Loire a arrêté dans sa carte sanitaire de juillet 1999 deux indices de besoins en lits et places de psychiatrie générale (à partir de 16 ans) pour chaque département :

- Un indice partiel qui comprend les lits d'hospitalisation complète, fixé à 0,65 lit pour 1000 habitants ;
- Un indice global qui comprend les lits d'hospitalisation complète, les places d'hôpital de jour, les lits d'hospitalisation de nuit, les places d'appartement thérapeutique, les places des services d'accueil familial thérapeutique, les lits en centre de post-cure, les lits en centre de crise, fixé à 1,4 lits et places pour 1000 habitants ;

Les besoins résultants de l'application des indices de l'ARH²⁴ :

Maine et Loire	Population totale	Indice partiel de 0,65	Indice global de 1,4
Population 1999	732 942	476 lits	1 026 lits et places
Population projetée 2003 (modèle omphale)	785 673	511 lits	1 100 lits et places

Les capacités installées :

Maine et Loire	Equipement en lits	Equipement en lits et places
Au 1 ^{er} janvier 1999	696 lits	1 077 lits et places

Ecarts entre les besoins et les capacités installées (excédent / déficit) :

Maine et Loire	Indice partiel	Indice global
Au 1 ^{er} janvier 1999	+220 lits	+51 lits et places
Projection 2003	+185 lits	-23 lits et places

²³ Source : DRASS Pays de la Loire, statistique annuelle des établissements de santé 1998, édition mars 2000 ;

²⁴ Ibid.

A ce jour, l'offre de soins régionale reste inadaptée puisque l'indice de besoins est excédentaire. En tant que directeur, je repère un espace possible puisque la projection de la population sur 2003 nous indique que l'indice global sera déficitaire, c'est à dire que des places alternatives à l'hospitalisation complète pourront être créées.

Mais un nombre important de lits de psychiatrie restent à transformer en lits du secteur médico-social (Maison d'Accueil Spécialisé, foyer occupationnel, etc.). L'orientation des patients jugés stabilisés vers des structures plus adaptées à leur état, et pour lesquels les prises en charge en psychiatrie active ne sont plus justifiées en permanence, est préconisée.

Des axes de travail en ce sens sont proposés par le SROS²⁵ (Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire) de psychiatrie et les Contrats d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé²⁶.

B. Particularité de l'institut : une culture exclusivement soignante

1. du sanitaire dans un cadre associatif à vocation sociale

a) Histoire de l'association

L'association sanitaire et sociale du Pin-en-Mauges, ville de Maine-et-Loire comptant 1241 habitants située au centre du triangle Nantes / Angers / Cholet²⁷, prend ses racines dans l'histoire locale.

C'est le 10 juillet 1960 que fut créée l'association, alors dénommée « Association de la Maison de Retraite et d'Aide Sociale du Pin-en-Mauges ». A l'initiative du Maire et du Curé, elle regroupe alors des personnes de la commune animées d'une volonté partagée d'offrir à leurs aînés et à ceux des communes avoisinantes de meilleures conditions de vie.

Cette volonté se traduit alors par une démarche associative, soutenue financièrement par une souscription auprès de la population locale. C'est cette souscription qui permet la création

²⁵ Voir infra, page 43 ;

²⁶ Voir infra, page 39 ;

²⁷ Voir carte, annexe 2 ;

puis la gestion de la maison de retraite, par la suite complétée par les financements publics et ceux de l'assurance maladie.

Après avoir répondu à cette demande sociale locale, l'association, sollicitée pour la création et la gestion d'un établissement pour jeunes adultes en grande difficulté psychologique, répondait positivement en créant l'Institut Psychothérapique, situé sur le territoire de la commune, à 2 Km du bourg, dans le parc de la menantière (10 hectares).

Elle élargissait ainsi son champ d'intervention à la prise en charge de besoins de santé mentale, tout en contribuant, par cette activité nouvelle, au développement de l'économie locale.

Elle prenait dès lors sa dénomination actuelle d'Association Sanitaire et Sociale du Pin-en-Mauges.

b) Les valeurs qui animent son action²⁸

Dans toutes ses activités, l'association s'oblige à une recherche permanente de la qualité de ses prestations basée sur la relation humaine et les compétences techniques. Elle garantit, pour toute personne recourant à ses services, le respect :

- De la personne prise dans sa globalité ;
- Des convictions morales, philosophiques ou religieuses de chacun ;
- Des libertés individuelles et collectives ;
- De la dignité de tous, quel que soit l'état de dépendance ou de fragilité ;
- Du droit à la sécurité des personnes et des biens ;
- De la vie privée, en harmonie avec le cadre de vie collectif.

L'accueil chaleureux et l'accompagnement des personnes se font dans un souci permanent de favoriser leur autonomie et leur insertion familiale, sociale ou professionnelle.

c) Les orientations

Parmi les orientations que l'association entend prendre dans les années à venir, on peut noter :

- Développer les liens de partenariat avec les autres organismes, publics ou privés, permettant d'offrir une réponse globale aux besoins des usagers, notamment au travers des réseaux de soins ou de prise en charge ;

²⁸ Extrait du projet associatif de l'association sanitaire et sociale, juillet 1999 ;

- Anticiper l'évolution et le développement de ses structures dans le souci d'une réponse toujours mieux adaptée aux besoins des personnes ;
- Réfléchir aux moyens de développer les outils d'insertion et de réinsertion sociale et professionnelle pour les jeunes accueillis à l'institut ;

En tant que directeur, je pourrai m'appuyer sur le projet associatif pour développer de nouveaux moyens d'action en faveur des soignés.

2. l'établissement

a) le cadre réglementaire

Ouvert en 1974, l'institut psychothérapique est un établissement sanitaire original, précurseur dans les thérapies de groupe et familiales, dont l'activité se rattache à celle d'une clinique psychiatrique. L'autorisation de fonctionner est accordée pour soigner 50 adolescents et jeunes adultes de 16 à 30 ans, des deux sexes, en grande difficulté psychique, en hospitalisation libre.

L'Institut Psychothérapique est un établissement privé à but non lucratif, ne participant pas au service public hospitalier, non sectorisé, de catégorie A, agréé au titre de l'annexe XXIII du décret du 9 mars 1956 (maison de santé pour maladie mentale), conventionné par la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie).

Un accord entre l'Etat et les syndicats représentatifs des cliniques, relatif à « l'Objectif Quantifié National » (OQN) des établissements de santé privés relevant de l'article L 6114-3 du Code de la Santé Publique (CSP), fixe le montant total des frais d'hospitalisation pris en charge par les Régimes d'Assurance Maladie.

Le domaine d'application du système de régulation OQN couvre le champ des cliniques privées au plan national. Puis des négociations au plan régional sont entamées entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et les organisations syndicales régionales pour fixer l'évolution moyenne des tarifs et les évolutions maximales et minimales. Les objectifs et les taux d'ajustements tarifaires sont calculés par discipline : chirurgie, médecine, gynécologie-obstétrique, soins de suite-réadaptation fonctionnelle et psychiatrie.

Relèvent de l'OQN, les prestations suivantes :

- Prestations hospitalières : frais de séjour et de soins, frais de l'environnement technique, frais pharmaceutiques, forfaits de séance de soins ;
- Consommations intermédiaires : produits d'origine humaine, prothèses, frais de gros appareillage.

Le financement de l'établissement, au 1^{er} mai 2000, est assuré par :

- les caisses d'assurance maladie, qui assument :
 - ❖ le prix de journée couvrant les frais d'hébergement et de soins : **657,48 F**
pris en charge à 100% au titre des maladies longues et coûteuses, après entente préalable ;
 - ❖ le forfait journalier pharmacie : **10,60 F** ;
 - ❖ le supplément chambre particulière, pour motif médical : **72,95 F** ;
 - ❖ le forfait d'entrée : **352,22 F**.
 - le soigné ou sa mutuelle complémentaire, qui prend en charge :
 - ❖ le forfait journalier hospitalier : **70,00 F** ;
 - ❖ le supplément chambre particulière, pour convenance personnelle : **72,95 F**.

Les réformes de l'hospitalisation :

- la loi du 31 décembre 1970 a créé le service public hospitalier, avec de droit les hôpitaux publics et par adhésion tout établissement privé, ainsi que la carte sanitaire pour un développement cohérent du parc hospitalier ;
- la loi du 31 juillet 1991 a rationalisé les dépenses de santé par l'évaluation de l'activité hospitalière et créé les projets d'établissement et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ;
- L'ordonnance du 24 avril 1996 a instauré les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), nouvelle autorité unique pour les établissements publics et privés.

« Les Agences Régionales de l'Hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements publics et privés et de déterminer leurs ressources » (article L 6115-1 du CSP).

« L'ARH est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie (...) » (article L.6115-2 du CSP).

Le SROS est un instrument de planification prévu par la loi, qui est conçu pour cinq ans et fixe des objectifs, organise et répartit le dispositif d'offre de soins hospitaliers de manière optimale pour répondre aux besoins de santé de la population.

En fin d'année 1998, l'association sanitaire et sociale a signé un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH des Pays-de-la-Loire, l'engageant dans les priorités définies par le SROS de psychiatrie.

Le décret n° 73-183 du 22 février 1973 et l'arrêté du 15 décembre 1977 régissent le classement des cliniques en catégorie A, B, C ou D. Ce classement, qui influe sur le prix de journée, est basé sur les prestations offertes aux malades dont le nombre, la qualification et les diplômes du personnel. Un maximum de points est accordé pour le personnel soignant et très peu pour le personnel spécialisé (assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, etc.), soit 25 points sur 320. Pour obtenir un classement en catégorie A, à moindre coût, les établissements sont encouragés à n'embaucher que du personnel soignant.

Ces textes anciens étaient garants, à cette époque et dans ce contexte, de la qualité des soins dispensés aux malades. Les récentes orientations de la politique de santé mentale²⁹ entérinent la nécessaire articulation sanitaire et sociale sans abroger les textes pré-cités. Il en résulte un paradoxe car ce qui est promu d'un côté n'est pas reconnu (financièrement) de l'autre, et ceci explique en partie la culture soignante forte.

b) Le cadre architectural

L'Institut Psychothérapique bénéficie d'un cadre agréable et reposant. Réparti sur 2 niveaux, il se compose de :

- Un secteur hôtelier : 38 chambres individuelles (18m²) et 4 chambres à 3 lits (24m²), bénéficiant toutes d'un cabinet de toilette. Les douches et wc sont disposés à chaque niveau. Une salle de restauration et une cabine téléphonique sont à la disposition des soignés.
- Un secteur administratif : accueil, comptabilité, direction, secrétariat médical, bureaux médicaux, salle d'attente, salle de réunion.
- Un secteur soins : 2 salles de psychothérapie, des ateliers d'ergothérapie, une salle de soins, un bureau infirmier, une salle de régulation d'équipe, le bureau du cadre infirmier, des salles de thérapie à médiation corporelle (pack, relaxation, gym douce), un salon esthétique, plusieurs terrains de sport équipés. Une unité de soins intensifs de 10 lits

²⁹ Voir les orientations de la politique de santé mentale, page 42;

(complémentaires des 50 lits autorisés) est prévue pour répondre à des situations de crise ou de thérapie spécifique.

- Un secteur loisirs : 2 salles de télévision, une bibliothèque / vidéothèque, un bar, une salle de jeux, une boutique, une salle de détente.
- Un secteur services généraux : cuisine, services techniques, service hygiène, lingerie.

L'architecture de l'établissement a été réalisée en fonction de sa destination. Il s'agit d'une structure ouverte, interactive, utilisant l'espace comme champ d'expérimentation des relations.

c) Le personnel³⁰

52 salariés en contrat à durée indéterminé (non médicaux), soit 43,98 ETP, sont au service des soignés. 5 médecins généralistes assurent, par roulement, les gardes de nuit et 3 psychiatres libéraux (ou leur remplaçant) exercent leur art à titre exclusif dans l'établissement. Une permanence médicale et infirmière est assurée 24h sur 24, toute l'année.

Il y a peu de turn-over dans l'établissement, ce qui se traduit par une ancienneté élevée dans le tableau des effectifs du personnel, en moyenne 15 ans. Au niveau du personnel soignant, l'ancienneté moyenne atteint 16 années, avec un pic chez les psychologues (21 ans dont une psychologue présente depuis l'ouverture, soit 26 ans) et chez les aides-soignants (19 ans). Parmi les infirmiers, l'ancienneté est peu élevée (9 ans) mais la moitié d'entre-eux est présent depuis plus de 15 ans.

Ceci s'explique par un attachement fort à l'établissement et à ses méthodes thérapeutiques, mais aussi par le poids de l'établissement dans l'économie locale. De nombreux aides-soignants ont été recrutés sur la commune sans diplôme et formés dans le cadre de la formation continue.

Mais ceci explique aussi la culture soignante forte qui règne dans l'établissement où pendant des années, la politique médicale et les cadres soignants ont entretenu la mainmise sanitaire dans la prise en charge du soigné.

L'arrivée d'une nouvelle équipe médicale en mars 1999 et la mienne en septembre de la même année ont permis au personnel de prendre du recul et de s'interroger sur les besoins de la

³⁰ Voir tableau des effectifs du personnel non médical et organigramme, annexe 3 ;

population prise en charge, en premier lieu lors de la réflexion sur la mise en place des 35 heures puis lors de la formalisation du projet d'établissement.

3. Un projet thérapeutique original

Le projet thérapeutique est inscrit dans une pratique de psychothérapie institutionnelle impliquant directement les familles dans le soin.

La méthode de soin revêt plusieurs aspects :

- Le traitement médicamenteux et les techniques de soins intensifs ;
- L'unité de soins intensifs, unité de crise, et ses prises en charge particulières ;
- La psychothérapie de groupe, familiale, individuelle ;
- Les ateliers d'ergothérapie à visée relationnelle ;
- Un cadre de vie structurant et participant aux soins.

a) La psychothérapie institutionnelle

Pour assurer la qualité des soins, l'Institut a choisi de développer une spécificité : la psychothérapie institutionnelle.

Plus qu'un état, cette dénomination traduit un mouvement permanent au sein du système de relations entre les personnes qui « font » l'institution.

Le malade interpelle chacun dans sa fonction et nous interroge tous sur la nécessité de nous rencontrer autour de lui dans une démarche thérapeutique cohérente.

Dans l'institution, l'expérience montre que le patient est partout, sa demande fait fonctionner tous les rouages de la communication, révèle les alliances, nomme les pouvoirs, pointe les résistances, éclaire toutes les contradictions.

La démarche institutionnelle s'efforce en permanence de « traiter » le système de relations dans toute l'institution afin de mieux soigner ses patients.

La thérapie est organisée autour de l'appartenance à un groupe de psychothérapie. Peu après son admission, chaque patient bénéficiera de ce repérage thérapeutique jusqu'à sa sortie définitive.

La fonction du groupe renvoie à celle de l'institution en ce qu'y sont traités tous les phénomènes interpersonnels qui s'y déroulent.

La participation au groupe de psychothérapie n'est pas annoncée comme obligatoire (sauf prescription médicale particulière) mais attire pratiquement l'ensemble des jeunes. Chacun des groupes réunit une quinzaine de patients pour trois séances hebdomadaires, à raison d'une heure et

demie chacune. Pendant la séance, il est proposé aux soignés de donner libre cours à leurs pensées, sentiments, rêves, conflits, d'exprimer leurs difficultés personnelles.

Chacun des soignés se place avec son histoire, ses peurs, ses émotions, son affectivité. Certains y viennent avec « leurs parents » ou « leur famille tout entière », d'autres sont sur la défensive, quelques-uns aimeraient bien « disparaître sous la moquette ».

C'est le lieu privilégié de l'expression, la scène où se jouent et se rejouent les conflits et les rejets, les accès de colère ou encore les demandes de tendresse.

Dans le groupe, le travail psychothérapeutique exige un engagement personnel de la part de chacun des participants qui pourra trouver auprès des autres l'aide dont il a besoin. L'objectif de cette thérapie étant de restaurer dans l'individu les processus qui permettent qu'à chacun des besoins corresponde une demande exprimée.

La méthode thérapeutique de l'institut s'appuie sur l'idéologie institutionnelle : le traitement du système relationnel du groupe, quel qu'il soit, est thérapeutique.

D'autres groupes, dont l'appartenance peut varier avec le temps, le désir du soigné ou la volonté du soignant, sont là pour mettre chaque individu en position de développer ses capacités, sa confiance en lui, sa créativité (ateliers d'ergothérapie, animations, responsabilités, comité de gestion).

Une réunion institutionnelle, bi-mensuelle, rassemble l'équipe soignante, un membre de la direction et les soignés. Sont abordés les difficultés quotidiennes (restauration, hygiène, etc.) et différents thèmes (respect des autres, les toxicomanies, etc.).

La thérapie individuelle s'associe à la thérapie de groupe et peut varier en intensité selon les besoins de chaque patient. Elle s'adresse en particulier aux soignés qui résident dans l'unité de soins intensifs.

Face à la demande du patient, l'objectif est d'aboutir à une réponse thérapeutique adaptée, commune à toute l'équipe soignante.

Une réunion quotidienne de régulation de l'équipe soignante permet à la fois de valider toute option thérapeutique, de rassembler les observations de chacun sur les patients, d'identifier les intervenants, de repérer et de traiter les obstacles à la communication entre soignants et soignés, de réfléchir aux stratégies à adopter, et de préparer les projets de sortie.

b) L'approche systémique et la thérapie familiale

L'établissement étant réservé à des jeunes aux prises avec des problèmes d'individuation et d'autonomisation, le contexte familial est pris en compte dans le cadre d'un travail systémique au cours de l'hospitalisation.

Tout comme la fonction du groupe de psychothérapie se réfère à celle de la thérapie institutionnelle, la psychothérapie familiale systémique est l'approche qui permet d'associer aux soins du patient les ressources de son système familial.

Dans les séances de thérapie, le travail va porter sur l'ensemble du système, composé des membres de la famille et des soignants. Le traitement de ce système relationnel complexe où vont s'exprimer tour à tour les sentiments, les émotions, les résistances, les confrontations, validera la démarche thérapeutique.

Au premier abord, approche systémique de la famille et prise en charge hospitalière du patient désigné sont incompatibles. Le patient désigné est en effet celui qui, dans le système familial, a reçu et accepté le rôle de produire une symptomatologie qui permette une équilibration suffisante pour l'ensemble du système. A ce titre, il n'est pas « malade » mais doit au contraire être considéré sous l'angle familial comme le membre « compétent » qui joue suffisamment bien son rôle pour que le fonctionnement de l'ensemble du système demeure satisfaisant.

La prise en charge permettra au système familial tout entier d'expérimenter un mode de relations nouveau, ne passant plus par le symptôme pour rester stable.

c) Un savoir-faire reconnu

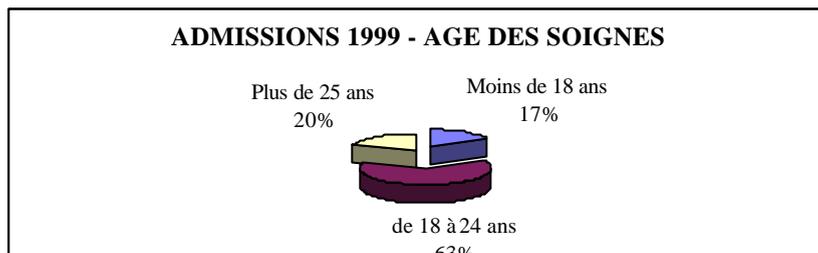
Aucune étude d'image officielle n'a été réalisée, mais de nombreux indicateurs me permettent d'affirmer que l'établissement possède une bonne réputation auprès des partenaires du secteur sanitaire et social.

Parmi ces indicateurs, je peux relever l'engouement et la participation des professionnels lors d'une journée « portes ouvertes » en janvier 2000, la qualité des relations que nous avons avec les autorités de contrôle (ARH, DRASS, DDASS) et les caisses d'assurance maladie (CRAM, CPAM, CMSA). L'expérience de 26 années auprès d'un public jeune dont la pathologie est traditionnellement confiée au secteur public, la formation et la compétence des personnels, les résultats obtenus permettent à l'institut psychothérapique d'être reconnu pour son savoir-faire dans le dispositif de santé mentale.

C. Une population de jeunes adultes malades mentaux³¹

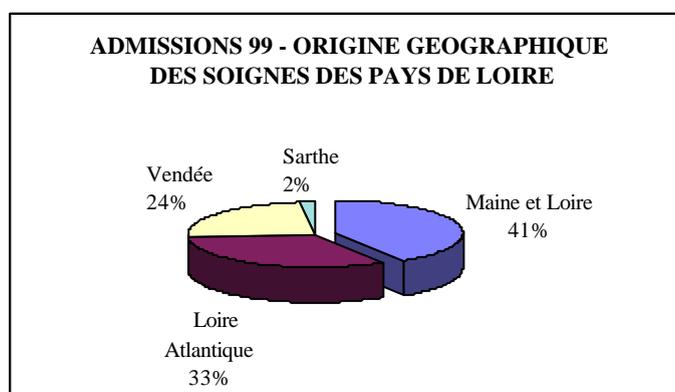
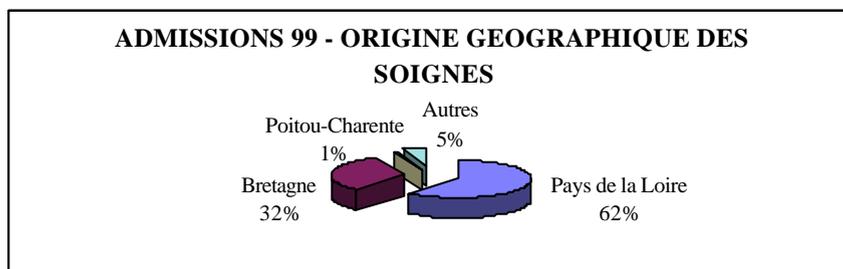
93 admissions ont été prononcées en 1999 et représentent 18241 journées d'hospitalisation complète, soit un taux d'occupation de 99,95%. L'établissement accueille en grande majorité des premières admissions (87%).

La moyenne d'âge des soignés est de 22 ans mais près des 2/3 ont entre 18 et 24 ans, avec une majorité de garçons (60%).



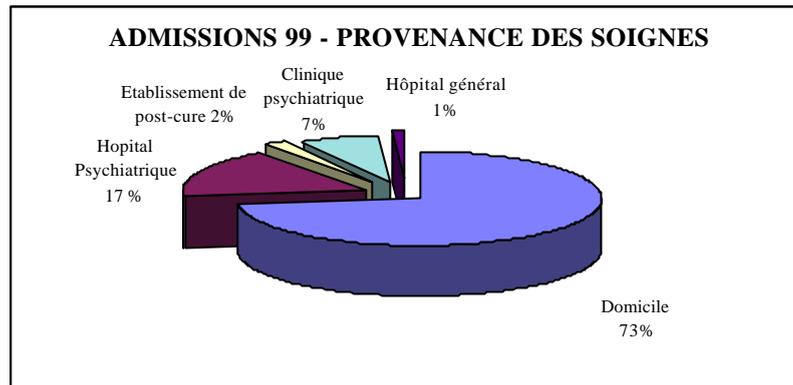
1. un recrutement sur le grand Ouest de la France

Si l'origine géographique des patients accueillis est pluri-régionale compte tenu de la spécificité de l'établissement, celui-ci priorise de façon récente les demandes d'hospitalisation de proximité (grand Ouest) :



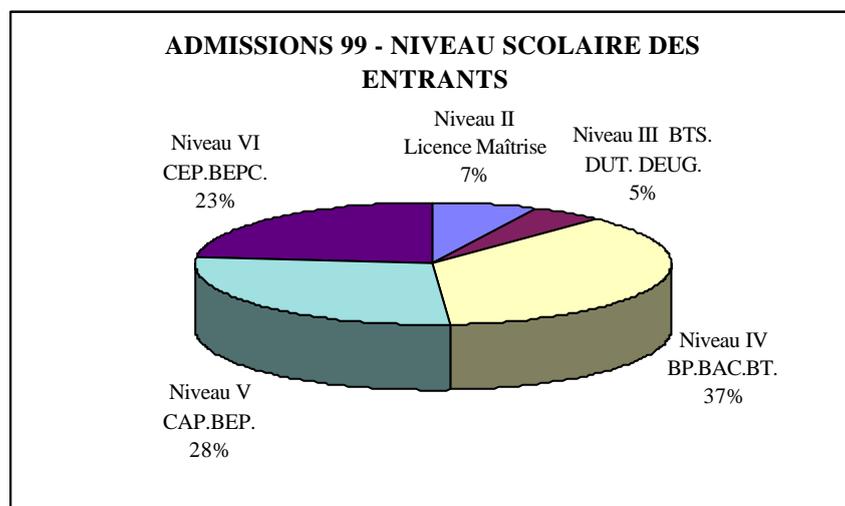
³¹ Chiffres 1999 ;

Bien que la majorité des soignés vienne de son domicile (adressée par un médecin libéral généraliste ou psychiatre), nous sommes de plus en plus sollicités par les structures hospitalières (1/4 des demandes).



2. un bon niveau scolaire

Compte tenu de l'agrément de l'établissement à recevoir une population de 16 à 30 ans, nous avons vu que 44% des situations socioprofessionnelles à l'entrée sont le cursus scolaire³². On note un bon niveau scolaire, avec un niveau bac ou supérieur pour près de la moitié d'entre eux :

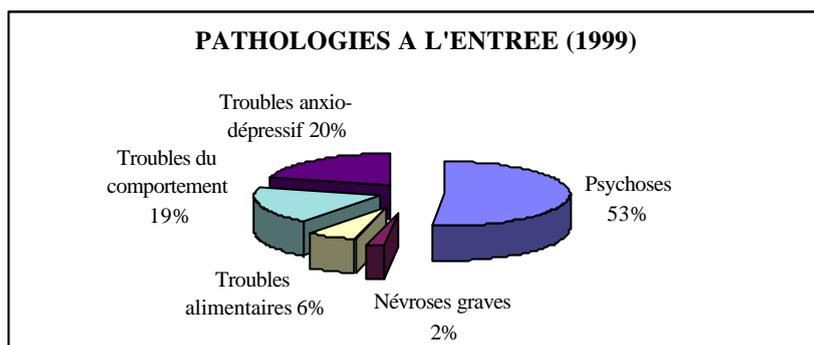


3. une pathologie psychotique dominante

Les soignés présentent, en majorité, des troubles psychotiques (bouffée délirante, schizophrénie, psychose maniaco-dépressive), ainsi que des symptômes névrotiques sévères à expression obsessionnelle, phobique, et des troubles du comportement alimentaire (anorexie,

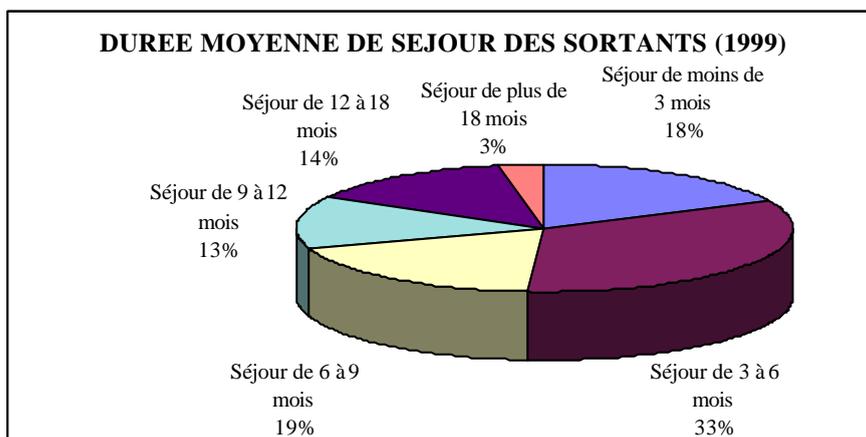
³² Voir supra, page 13;

boulimie), souvent associés à des conduites addictives ou des conduites à risque (tentative de suicide).



4. une durée moyenne de séjour élevée

La durée moyenne de séjour des sortants est de 7,5 mois et correspond à des prises en charge difficiles, dans un contexte de thérapie familiale.



Synthèse

La place du malade mental dans la société a évolué d'une politique d'exclusion à une politique de réinsertion, avec un statut de droit commun lui attribuant des droits et des devoirs.

La maladie mentale, maladie du lien, de la relation sociale est la résultante d'un déséquilibre entre l'individu et le milieu dans lequel il évolue. La prise en compte de la dimension sociale de la maladie a permis d'envisager la réinsertion sociale.

L'institut psychothérapique participe au dispositif de prise en charge des personnes souffrants de troubles psychiques sur la région (1,6% des lits de psychiatrie adulte), et sa méthode de soins originale lui permet de faire valoir un savoir-faire que personne ne conteste.

En 1999, l'arrivée d'une nouvelle équipe médicale et ma prise de fonctions ont interrogé l'exclusivité de l'action soignante qui est remise en question par le projet individuel et global du soigné, notamment sur la question de la réinsertion. Le projet associatif et la formalisation du projet institutionnel renforcent encore cette réflexion des soignants.

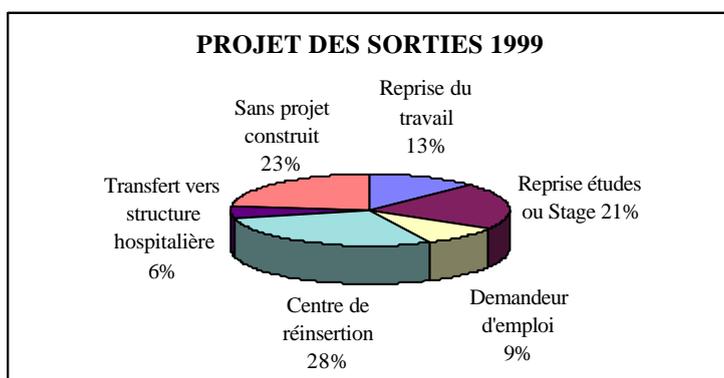
Aujourd'hui, malgré un bilan positif, l'institut évoque les limites de son action et recherche un second souffle par le renforcement de la dimension sociale des prises en charge.

2^e Partie - L'exclusivité de l'action soignante remise en question pour favoriser la réinsertion

III. Une culture sanitaire qui ne favorise pas la réinsertion sociale

A. Des réponses actuellement inadéquates

Notre expérience à l'institut psychothérapique montre que la réinsertion des soignés reste insatisfaisante. Sur 93 sorties, et malgré une procédure d'admission rigoureuse, 23% se réalisent sans projet construit (contre avis médical, disciplinaire, fugue ou pour motif personnel) et se produisent en moyenne à 5 mois d'hospitalisation.



Ces sorties sont, en partie, en lien avec le déni fréquent rencontré dans les pathologies psychiatriques, quand la symptomatologie s'est amendée. Les jeunes soignés évoquent alors le fait

de ne pas être malade ou ont l'impression de perdre leur temps. L'institut doit renforcer l'autonomisation et l'individuation des jeunes, après la phase de soins actifs.

L'étude du devenir des soignés sur 3 années (sorties entre juillet 1994 et juin 1997) est riche d'enseignements. 230 questionnaires ont été envoyés en mars 1998 aux anciens soignés et leur famille. L'échantillon analysé porte sur 78 questionnaires soignés et 75 questionnaires familles retournés, soit un taux de réponse d'environ 33%.

50% des jeunes et 25% des familles sont insatisfaits de la préparation à la sortie. La réinsertion elle-même n'est pas satisfaisante puisque près de 50% des jeunes sont inactifs (chômage, aide sociale, invalidité). Le suivi médical est interrogé lui aussi car 1/3 des jeunes ont été réhospitalisés dans les trois années suivant leur sortie de l'institut.

Sur le plan familial, plus de 50% des jeunes vivent en famille, ce qui n'est pas surprenant compte-tenu d'une population étudiante ou en difficulté sociale, et de l'âge moyen de l'échantillon (24 ans).

La question de la dépendance à l'institution doit être étudiée du fait des nombreux contacts gardés après la sortie, et la demande importante de suivi médical.

B. Un cadre contraignant

Si l'environnement est favorable à la première phase des soins (séparation du milieu), l'isolement géographique devient un frein lors de la phase de réadaptation. Les démarches administratives, d'autonomisation doivent être adaptées.

D'autre part, le recrutement géographique sur le grand Ouest de la France n'est pas toujours favorable au suivi du soigné (médical ou social) et à sa réinsertion (parfois méconnaissance de l'environnement dans lequel il évolue). L'éloignement des familles est également un handicap dans cette dernière phase, la famille ne pouvant pas toujours assumer son rôle de soutien, de solidarité.

Dans le cadre des lois hospitalières, les prises en charge post-hospitalisation ont été développées par les grands hôpitaux publics ou privés PSPH par reconversion de lits d'hospitalisation complète en places alternatives à l'hospitalisation complète. Les petites structures comme l'institut n'ont pas pu les développer soit faute de statut juridique adapté (ce n'est que le 2

octobre 1992 que le décret n° 92-1101 permet aux établissements privés de créer des places d'hôpital de jour), soit parce que la carte sanitaire était déjà saturée.

De ce fait, certains soignés restent à l'institut psychothérapique, en hospitalisation complète, faute de places en aval (centre de post-cure, CHRS, etc.). Ce type de prise en charge fait en quelque sorte écho à l'hospitalisation comme réponse unique à la maladie. On peut se poser la question de son maintien à l'heure où les soins extra-hospitaliers se généralisent, quand on connaît les méfaits d'une hospitalisation longue sur la perte d'autonomie et donc des chances de réinsertion.

De plus, cette hospitalisation longue et inadaptée entraîne des délais d'admission élevés (2 mois) pour les postulants dont l'état nécessiterait parfois une hospitalisation immédiate.

L'institut est un établissement sanitaire où la culture thérapeutique est enracinée dans le fonctionnement et la prise en charge du soigné. Le cadre réglementaire a évolué, et j'ai le sentiment que l'institut est resté sur son domaine de compétence sans tenir compte de l'environnement qui s'est modifié et des besoins de la population qui ont évolué. Si tout est fait pour rétablir la relation au sein de l'établissement, on peut s'interroger sur le rôle de l'institut dans le rétablissement du lien, de la relation sociale aux autres, à l'extérieur.

Certains jeunes sont orientés vers des structures de réinsertion, sanitaires ou sociales, selon leur désir, celui de leur famille ou de l'équipe soignante. Il n'y a pas de bilan d'évaluation des capacités du soigné ce qui ne favorise pas l'individualisation du projet de sortie. Celui-ci n'est pas assez étayé et les risques d'échec augmentés.

Tous ces aspects de la prise en charge du soigné doivent être étudiés car ils constituent les conditions nécessaires de la préparation à la réinsertion.

C. Les limites de notre action³³

1. Un accompagnement thérapeutique qui ne favorise pas la réadaptation sociale

L'accompagnement est une pratique habituelle de l'équipe soignante, que ce soit dans le cadre des activités de l'institut ou dans celui des actions dans la communauté (depuis la stimulation à la toilette jusqu'à la préparation d'admission en centre de post-cure).

³³ Voir schéma de prise en charge du soigné, annexe 1 ;

Pierre DELION, psychiatre au Centre de Santé Mentale Angevin, définit l'accompagnement thérapeutique comme « *tout le travail d'élaboration avec le malade de la période au cours de laquelle l'équipe soignante le porte en attendant qu'il se porte lui-même et notamment par le biais du langage* ». ³⁴

L'accompagnement thérapeutique à l'institut, qu'il soit individuel, familial ou en groupe, prend ses racines au travers de la psychothérapie institutionnelle qui favorise un contexte d'échanges. Cet accompagnement, nous l'avons vu, s'appuie sur l'idéologie institutionnelle suivante: le traitement du système relationnel du groupe, quel qu'il soit, est thérapeutique.

Il est possible de caractériser l'accompagnement thérapeutique « *comme une modalité de rencontre et une occasion de mutation du fonctionnement mental, qui peut se développer dans le cadre des soins de réadaptation* » ³⁵.

Trois obstacles ne favorisent pas la réadaptation à l'institut :

- L'ergothérapie, qui a évolué de l'activité occupationnelle vers une dimension de soins authentique avec indication médicalisée, ouvre plus un champ relationnel particulier, c'est à dire un contexte favorisant les échanges, que ne s'intègre dans un projet de soins de réadaptation ;
- La non formalisation d'un projet de soins de réadaptation ;
- La composition actuelle de l'équipe pluridisciplinaire, trop sanitaire, qui manque d'une véritable diversité, notamment dans sa composante socio-éducative, pour mettre en œuvre certains projets de soins de réadaptation.

Cet accompagnement, pour soigner, devrait aussi prévoir les relais et itinéraires possibles dans les réseaux de partenaires. Pour certains soignés, il ne pourra y avoir réinsertion qu'avec la poursuite d'un accompagnement thérapeutique modulé, ce qui fait défaut aujourd'hui. L'agrément et le fonctionnement actuels de l'institut ont pour conséquence la fin brutale de tout accompagnement dès la sortie, sauf demande particulière du soigné et de sa famille. En effet, aucun financement n'est prévu pour le suivi des soignés et leur famille. Cela ne peut se faire que par les psychiatres libéraux dans le cadre de consultations privées. J'ai accepté à plusieurs reprises, mais à titre exceptionnel, que des soignants participent au suivi des prises en charge, en

³⁴ DELION P. in ARVEILLER JP, BONNET C, *L'insertion du malade mental*, Erès, 1994, page 105 ;

³⁵ ARVEILLER JP, BONNET C, *L'insertion du malade mental*, Erès, 1994, pages 105 ;

collaboration avec les médecins. Le temps passé au suivi se faisant au détriment des hospitalisés, je dois veiller à maintenir un équilibre dans l'attente de nouveaux moyens d'action.

2. Un accompagnement social inexistant

« La dimension étymologique de l'accompagnement (le partage du pain) est présente au moins comme symbole si ce n'est comme éthique dans l'action sociale »³⁶.

L'accompagnement social se définit davantage en terme de service et de partage d'un certain vécu commun. Il a souvent été décrit *« comme la clef de voûte des processus d'insertion »³⁷*. Il fonde une relation co-consentie entre l'accompagnant et l'accompagné.

« Accompagner, c'est rejoindre la personne dans ses potentialités, dans son projet personnel et dans le respect de sa liberté »³⁸, c'est donc lui permettre un mieux être pour qu'elle retrouve une confiance en soi et son autonomie.

Comment proposer un accompagnement qui respecte une démarche d'autonomisation ? On peut convenir que l'autonomie correspond à la capacité maximale qu'à un individu de gérer les problèmes et les situations que la vie l'amène à rencontrer. Etre autonome nécessite aussi que la personne puisse au mieux et de façon éclairée, faire des choix et les réaliser, et déterminer avec discernement les institutions ou les personnes auxquelles elle peut faire appel pour l'aider à assumer ses responsabilités.

L'objectif inhérent à toute dynamique d'accompagnement social est sous-tendu par l'obligation de réinsérer. Cette obligation est inscrite dans le projet associatif et il ne s'agit donc plus de se borner au sens étymologique de l'accompagnement mais d'atteindre un but : réinsérer les jeunes accueillis à l'institut. C'est dans cet esprit que je pilote la réflexion et la rédaction du projet d'établissement, et celui-ci est bien dans la ligne actuelle du SROS psychiatrie dont l'objectif n°2 est *« d'améliorer les modalités de prise en charge pour une meilleure réhabilitation du patient »*.

Les conséquences d'une carence d'accompagnement social à l'institut sont les suivantes :

- L'autonomisation n'est pas assez mise en valeur ;
- Le sentiment d'exclusion est renforcé ;

³⁶ Dictionnaire critique d'action sociale, Collection Travail Social, Bayard Editions, page 16,

³⁷ LENOIR R, in *Ethique et pratiques de l'accompagnement social*, journée d'étude UNIOPSS du 29/06/95, page 10 ;

³⁸ Ibid., page 10 ;

- La culture soignante est consolidée ;
- L'aspect social de la prise en charge est mis au second plan ;
- Le soigné met du temps à retrouver ses habiletés sociales.

A l'institut, l'accompagnement social est évoqué lorsque la question du projet de réinsertion est posée, les personnels soignant et administratif orientent le soigné, selon son désir, vers les structures qui lui semblent les mieux adaptées ou vers les professionnels de l'action sociale (mission locale, assistante sociale). Cependant, je constate un manque d'anticipation et les limites de nos compétences sont posées par l'absence de veille sociale, la méconnaissance des procédures ou dispositifs, et l'absence d'évaluation des capacités du soigné.

II. Après avoir innové, l'institut psychothérapique s'essouffle

A. Des points forts à mettre en valeur

La petite taille, l'indépendance et la souplesse de fonctionnement de l'institut psychothérapique (établissement privé géré par une association loi 1901), sont des atouts vis à vis des structures hospitalières traditionnelles.

26 années de pratique n'ont pas entamé la motivation des personnels qui, pour certains, sont présents depuis l'ouverture de l'institut. Le projet thérapeutique original sur une population jeune, les résultats obtenus, la reconnaissance de notre travail par les professionnels de santé et les autorités (ARH, DDASS, DRASS) encouragent la plupart du personnel à s'investir dans une équipe pluridisciplinaire aux compétences variées mais complémentaires. Enfin, la bonne santé financière de l'établissement (avec un taux d'occupation de près de 100%), une liste d'attente conséquente, un plateau technique performant, un environnement agréable et favorable aux soins curatifs encouragent cette dynamique institutionnelle.

C'est dans cette dynamique que la formalisation du projet d'établissement a été initiée, en lien avec le projet associatif écrit en juillet 1999. C'est l'occasion pour l'institut de réfléchir sur sa prestation et ses projets.

B. Un immobilisme confortable mais peu stratégique

Du fait des points forts évoqués ci-dessus, je pourrai considérer notre mission comme une réussite et considérer l'institut tel qu'il est comme un produit fini. Je suis donc l'acteur principal d'un éventuel immobilisme et qui pourrait se contenter des acquis. En tant que directeur, j'ai donc un double travail à effectuer :

- D'une part, sans omettre la nécessité d'une prospection, dépasser ce sentiment de réussite et me situer dans une démarche dynamique de projet car un directeur ne peut et ne doit pas se contenter de gérer le quotidien d'une organisation au risque d'un pronostic vital ;
- D'autre part, je suis le garant de l'initiative et de l'adaptation de l'institution aux besoins des soignés. Bien qu'il soit de mon ressort d'y participer, le directeur n'est pas le seul vecteur des initiatives car elles viennent bien souvent à la fois des professionnels et des partenaires. Cependant, il reste garant, lorsque cela est souhaitable, de la réalisation des propositions.

C. Des objectifs à atteindre

1. le soigné

Un Contrat d'Objectifs et de Moyens a été signé entre l'établissement et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en décembre 1998. On peut y relever les objectifs suivants :

- *« chercher à limiter le nombre de patients quittant l'institut sans projet de sortie satisfaisant (en mieux préparant la sortie) ;*
- *organiser la sortie pour le retour à domicile ou le transfert vers d'autres structures sanitaires ou médico-sociales ;*
- *développer la prise en charge sociale et financière des patients en situation de précarité ;*
- *établir des liens avec les services sociaux lorsque les difficultés sont détectées au cours du séjour (assistante sociale avec, éventuellement, une permanence dans l'établissement) (pour répondre à la complexité des situations sociales) ;*
- *formaliser des relations de coopération avec les établissements de réinsertion ».*

Pour cela, l'institut psychothérapique doit maintenir le recrutement géographique sur les régions Bretagne et Pays de la Loire, à 95% minimum. Il devra baisser le délai d'admission et la

durée moyenne de séjour (respectivement de 2 et 6 mois actuellement), proposer une prise en charge ambulatoire pré ou post-hospitalisation et ne plus avoir de soigné dont la prise en charge est jugée inadéquate en hospitalisation complète (attente de place en centre de réinsertion ou clinique universitaire, par exemple).

Il doit améliorer sa prestation en aval par une meilleure préparation à la sortie et faciliter la réinsertion du jeune, réinsertion qui s'inscrit à l'articulation d'un accompagnement thérapeutique et social. «*De l'accompagnement thérapeutique à l'accompagnement social doit se jouer une progression, de la mise en place d'un lien social à la mise en acte du lien social*»³⁹. La qualification sociale du soigné devra être recherchée, mais tout reste à inventer puisque cela n'a jamais été mis en place.

2. l'environnement

Nous l'avons vu, la proximité géographique doit être maintenue car elle facilite les allées et venues du soigné mais aussi des familles vers le lieu de soins (thérapies familiales) et les rencontres avec le personnel.

La réinsertion n'étant pas le seul fait de la personne soignée devant se réinsérer et des structures chargées de l'accompagner dans cette démarche, travailler la réinsertion à partir du milieu ordinaire, c'est aussi amener la communauté à s'interroger sur la place qu'elle est prête à donner à la personne malade mentale.

La folie fait peur. Les médias, en relatant des faits divers tragiques mais en omettant de les rapporter au nombre de malades mentaux suivis en extra-hospitalier, réactivent cette crainte. Les représentations sociales de la folie ne changent pas (peur, dangerosité, volonté de mise à l'écart) mais ne sont pas forcément appliquées à tel ou tel sujet, ce qui permet une fréquentation possible. On constate en effet qu'à mesure que des personnes resserrent leurs relations, les catégories préexistantes tendent à s'estomper et cèdent la place à une estimation plus réaliste des qualités personnelles. Ceci conforte, si besoin était, le bien fondé d'une prise en charge extra-hospitalière dès que l'état de santé le permet pour favoriser la réinsertion.

³⁹ ARVEILLER JP, BONNET C, *L'insertion du malade mental*, Erès, 1994, page 100 ;

3. le personnel de l'établissement

Redynamiser une équipe ayant une ancienneté plutôt importante⁴⁰ et un fonctionnement peu ouvert sur l'extérieur, consciencieuse mais inscrite dans une certaine routine et un manque d'initiative, bouger les cultures, sont les objectifs visés pour le personnel. Le projet social, inscrit dans le projet d'établissement, devra en tenir compte.

Pour bouger les cultures, je devrai faire prendre conscience aux soignants que le processus de soins est composé de stratégies (thérapeutiques, sociales, éducatives, etc.) avec des territoires communs d'identité professionnelle⁴¹. Je souhaite que l'ensemble des personnels (y compris le cuisinier, l'ouvrier d'entretien) développent des stratégies qui s'inscrivent dans un processus de soins.

Parlant de l'infirmier référent, mais cela peut être étendu aux professionnels de l'établissement, J.L. Metge et L. Bozzi⁴² parlent « *d'ambassadeur de la réalité* » qui va devoir travailler à partir « *d'îlots de réalité partagés* ». Il est aussi le « *trait d'union* » entre le soigné et la cité.

Cette image professionnelle dynamique me paraît très valorisante car elle redonne au travail, soignant ou socio-éducatif, son inscription au cœur de la société.

4. les partenaires

Avec toutes les meilleures volontés du monde, qu'il s'agisse de la mienne, de celle du personnel ou des deux associées, un préalable existe à toute démarche dynamique de projet : travailler avec d'autres.

Nous sommes amenés à travailler avec plusieurs centres de post-cure, tels que le centre des Briords à Carquefou, le centre de Billiers dans le Morbihan ou encore le centre La Thébaudais à Rennes, mais aussi plusieurs CHRS de la région.

Travailler ne veut pas dire être partenaire. Si l'on veut assurer un meilleur suivi des soignés pris en charge à l'institut psychothérapique, il faudra s'inscrire dans un réseau, sous la forme d'un partenariat fort et organisé sur les régions Bretagne / Pays de la Loire et développer les coopérations avec les structures de réinsertion et de réadaptation, qu'elles soient sanitaires ou

⁴⁰ Voir tableau des effectifs du personnel non médical, annexe 3 ;

⁴¹ Voir tableau du processus de soins, annexe 4 ;

sociales. Des conventions devront être établies et prévoir la définition des objectifs de travail, le programme d'actions (rencontres inter-équipes, protocoles, etc.), le calendrier de mise en œuvre et les indicateurs de suivi.

III. Des moyens d'action prenant en compte les orientations de la politique de santé mentale

A. Des orientations axées sur la réinsertion sociale

L'article L.6111-2 du CSP (Code de la Santé publique) donne pour mission aux établissements de santé publics ou privés de dispenser, « avec ou sans hébergement :

- *Des soins de courte durée, ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie,*
- *Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion » ;*

L'article L.3221-1 précise que «*la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* » (loi n° 90-527 du 27 juin 1990).

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale définit les buts et les principes de la politique nationale de santé mentale. Parmi les axes énoncés, on peut noter :

- *« Réaliser la meilleure offre de soins possible, accroître la pertinence et la qualité des services.*
- *Prévenir les effets indésirables produits par le système de soins et notamment la perte d'autonomie des personnes prises en charge.*
- *Participer à l'insertion sociale des personnes malades ».*

Depuis le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, la fermeture de lits d'hospitalisation complète et

⁴² METGE J.L., BOZZI L., « Réinsertion : le tout psychiatrique, un danger permanent », Actualités psychiatriques, n°2, pages 19-22.

l'ouverture de places alternatives à l'hospitalisation ont largement modifié le paysage psychiatrique ligérien, se rapprochant ainsi des indices de besoins fixés par la carte sanitaire:

Année	Lits (adultes)	Places (adultes)	TOTAL (adultes)
Au 01/01/93	3702	989	4691
Au 01/01/99	3043	1318	4361
Ecart	-659	+329	-330

Cette politique de fermeture de lits dans le secteur public entraîne un accroissement des demandes d'admission issues des établissements de santé.

Le SROS de psychiatrie définit cinq objectifs pour répondre aux besoins des patients :

- Développer la coopération entre les établissements spécialisés en santé mentale, les établissements de soins généraux, le secteur médico-social et le secteur social.
- Améliorer les modalités de prise en charge pour une meilleure réhabilitation du patient.
- Mettre à niveau le dispositif de prise en charge des enfants et des adolescents.
- Améliorer et coordonner la prise en charge de la dépendance psychique des personnes âgées.
- Participer aux actions de prévention menées dans les établissements de santé.

Les deux premiers objectifs encouragent l'institut à s'inscrire dans un réseau de prise en charge et améliorer sa prestation pour favoriser la réinsertion des soignés.

B. Un projet de soin global intégrant la dimension sociale de la prise en charge du jeune

Il apparaît nécessaire de développer une articulation entre le sanitaire et le social.

- « *Le sanitaire est une réponse organisationnelle de la collectivité pour faire face à des besoins de santé, il ne définit pas le rôle social des individus ;*
- *Le social a un sens plus large : il considère les institutions de base de la société, en fonction desquelles se définissent les rôles et l'appartenance de chacun de ses membres »⁴³.*

La notion d'accompagnement consiste à réussir simultanément à :

- Evaluer finement avec le soigné l'état actuel de ses capacités et de ses difficultés.
- Ouvrir le champ de ce qu'il peut envisager comme projet réaliste.

⁴³ L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux (rapport du groupe de travail)-06/95

- Dans la perspective ainsi dessinée, soutenir une mobilisation constante dans la dynamique du projet engagé.
- Soutenir la mise en oeuvre et l'engagement concret.

Le projet d'établissement devra prendre en compte la dimension sociale de la prise en charge c'est à dire l'accompagnement social, si possible dès le début de l'hospitalisation mais dans tous les cas dès que l'état de santé du soigné le permettra.

Le renforcement de l'équipe pluridisciplinaire, par le recrutement de travailleurs sociaux, est à envisager compte tenu des limites actuelles de nos compétences.

C. Les formes possibles du service d'accompagnement

Mon objectif, légitimé par l'association, n'est pas que l'établissement se substitue au secteur social ou médico-social, mais plutôt d'assurer une nécessaire articulation sanitaire et sociale. Le développement de l'accompagnement social par le biais des soins de réadaptation permet de garder notre mission sanitaire tout en proposant un nouveau service.

L'arrêté du 14 mars 1986⁴⁴ définit des structures sanitaires alternatives à l'hospitalisation complète pouvant répondre au besoin d'accompagnement social :

- L'hôpital de jour : propose des soins individualisés et intensifs, éventuellement à temps partiel.
- L'hôpital de nuit : propose des soins de fin de journée et une surveillance de nuit. Il est intégré avec les lits d'hospitalisation complète, il y a donc mélange des soignés.
- Le centre de post-cure ou de réinsertion : unité de moyen séjour destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Il propose des ateliers de réadaptation professionnelle et/ou sociale.
- L'appartement thérapeutique : unité de soins, à visée de réinsertion sociale, mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées. Le personnel soignant peut intervenir plus ou moins en fonction du degré d'autonomie de la personne soignée.

⁴⁴ Voir annexe 5 ;

- Le centre médico-psychologique : unité d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires.
- L'atelier thérapeutique : unité utilisant des techniques particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
- Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) : unité d'accueil visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des activités de soutien et de thérapeutique de groupe.

Synthèse

Les réponses insatisfaisantes de l'institut sur le plan de la réinsertion nous amènent à développer les soins de réadaptation, basés sur l'autonomisation, qui sont un facteur de réussite. L'accompagnement social, complémentaire de l'accompagnement thérapeutique, apparaît comme un nouveau moyen d'action au service de la réinsertion et permettra d'intégrer la dimension sociale dans le projet de soin du jeune soigné dès son admission.

La sortie devra être mieux préparée, mieux organisée. Des liens avec les services sociaux de proximité devront être développés et l'offre de soins diversifiée pour mieux articuler l'accompagnement thérapeutique et social. Le processus de soins devra être décomposé avec les personnels afin de bouger les cultures et rétablir le lien social. Un partenariat devra être organisé entre structures sanitaires et sociales pour assurer un meilleur suivi des soignés.

C'est dans un esprit d'initiative et d'adaptation de l'institut aux besoins des soignés que je me situe dans cette démarche dynamique de projet. C'est dans cet esprit que je développerai les différents éléments de la troisième partie de ce travail.

3^e Partie - L'accompagnement social, clef de voûte du processus de réinsertion

I. Un projet de soin global intégrant la dimension sociale de la prise en charge du jeune

A. La philosophie du projet

L'articulation sanitaire et sociale : « Soigner et réinsérer », sont les fondements de l'institut et apparaissent dans les contrats de travail du personnel. L'institut psychothérapeutique a mis au second plan l'aspect « réinsérer » et il est temps maintenant d'y répondre de manière professionnelle.

Rétablir le lien social a toujours été au cœur des préoccupations des personnels. Certaines pistes ont été explorées (thérapies de groupe, familiale, ergothérapie...), d'autres comme l'accompagnement social écartées (la vie ordinaire comme facteur de relation sociale). Dans le projet associatif, on peut lire que *« l'association peut développer tous moyens d'hébergement, de soins, d'aide au maintien de l'autonomie, tous services permettant la préservation ou la restauration du lien social »*.

Développer les liens de partenariat avec les autres organismes sanitaires et sociaux, publics ou privés, permettant d'offrir une réponse globale aux besoins des soignés, notamment au travers des réseaux de soins ou de prise en charge.

La démarche d'amélioration continue de la qualité, qui est une des principales orientations du projet d'établissement, va remettre en cause notre pratique basée uniquement sur l'accompagnement thérapeutique en hospitalisation complète.

B. Les consultations et informations préalables

1. une démarche participative

Lors de ma prise de fonction en septembre 1999, le projet d'établissement était en cours d'élaboration. Pour piloter ce projet, il me fallait du temps pour connaître l'institut, ses acteurs, les soins, le fonctionnement, etc.

J'ai donc différé la formalisation du projet d'établissement au printemps suivant, le temps de négocier et organiser la mise en œuvre des 35 heures au 1^{er} mai dernier. Depuis juin 2000, le processus est relancé et c'est une occasion idéale pour moi de faire participer les personnels à une réflexion sur un projet de soin global du soigné prenant en compte la dimension sociale de la prise en charge.

Auparavant, il aura fallu travailler avec l'association, en pratique le conseil d'administration, et réaliser un état des lieux. A partir de là, vérifier qu'il y a bien adaptation entre ce qu'il est souhaitable de faire et la vocation associative.

Au cours des réunions préparatoires à la formalisation du projet d'établissement, en particulier sur l'analyse des forces et faiblesses, des opportunités et menaces, je veillerai à ce que le projet médical et le projet du service de soins infirmiers tiennent compte de la dimension sociale de la prise en charge, donc de l'accompagnement social, dès que l'état de santé du soigné le permet. C'est à cette condition que l'on pourra proposer un projet de soin global du jeune, et lui permettre de s'autonomiser.

L'outil adapté pour que le processus soit respecté est la mise en œuvre de la démarche de soins à l'institut. Il s'agit d'une « *suite ordonnée d'opérations qui a pour finalité la prestation de soins individualisés, continus et adaptés aux besoins d'une personne. Elle s'appuie sur une analyse rigoureuse de la situation* »⁴⁵.

Ce plan de soins individualisés est un outil qui permet d'intégrer la dimension sociale dans le projet de soins du soigné. Il devra être inscrit dans le projet du service de soins infirmiers. Le cadre infirmier supérieur et les soignants devront se familiariser avec cette technique de travail, par la formation continue.

⁴⁵ Guide du service infirmier n°3

La démarche de soins comprend 4 étapes principales :

- l'analyse de situation : le recueil et l'analyse des données, la détermination et l'énoncé des problèmes par ordre de priorité.
- La planification des soins : détermination d'objectifs de soins compte tenu des ressources disponibles, choix des actions de soins et organisation.
- Mise en œuvre des actions (programmation) : repérage du champ de compétence infirmier (décret n° 93-345 du 15 mars 1993), délégation, responsabilité, la qualité des soins.
- Evaluation – Réajustement : mesure de l'écart entre les résultats escomptés et obtenus.

Cette innovation dans le travail est, à mon sens, un mode d'organisation du changement. Ce dernier devrait être facilité par les nouveaux comportements, les nouvelles règles, sans toutefois écarter certaines résistances concomitantes à tout changement.

Il faudra compter sur l'effet moteur des médecins par leur soutien au travers du projet médical, de l'encadrement, de soignants «ressources » pour que l'ensemble des acteurs adopte la démarche de soins, outil participant à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

Malgré un effectif du personnel inférieur à 50 ETP, l'institut psychothérapique a choisi de mettre en place un comité d'établissement. Ce dernier devra être informé et consulté sur la marche générale de l'établissement (organisation, gestion, effectifs),⁴⁶ les incidences sur les conditions de travail des projets de l'employeur⁴⁷.

La conférence médicale d'établissement (article L.6161-2 du CSP) regroupe l'ensemble des médecins libéraux travaillant dans l'établissement (3 psychiatres et un médecin généraliste). Elle veille à l'indépendance professionnelle des praticiens, participe à l'évaluation des soins et donne son avis sur la politique médicale de l'établissement. A ce titre, elle sera sollicitée dans la mesure où la qualité des soins est examinée.

⁴⁶ Code du travail, articles L.432-1, L.432-4 et L.432-4-1

⁴⁷ Ibid., article L.432-3

2. le partenariat

Une certitude apparaît : nous ne pouvons rien faire tout seul, il faut travailler avec les autres.

Travailler avec l'ARH qui assure non seulement un rôle de tutelle hospitalière mais aussi de conseil et d'aide au montage de projets. Un contact avec l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales chargé de la santé mentale sur la région est indispensable, d'autant plus qu'il sera rapporteur au CROSS, c'est à dire qu'il présentera et défendra le projet.

Travailler avec « l'équipe contrat », chargée de suivre le Contrat d'Objectifs et de Moyens par une évaluation annuelle, qui est composée de cinq personnes qualifiées issues des services déconcentrés de l'Etat (DDASS, DRASS), de l'ARH, de la CRAM et de la CPAM. Cette équipe devra être informée et associée au projet, ainsi que les organismes qu'elle représente.

Travailler avec le Centre Hospitalier de Cholet, dans le cadre d'actions de coopération. Elles peuvent concerner la population adressée à l'institut (jeunes suicidants ayant une pathologie psychiatrique avérée) ou des actions plus générales (formation, protocoles d'hygiène, démarche de soins, stages par comparaison, services sociaux, etc.).

Travailler avec les missions locales des régions Bretagne / Pays de la Loire afin de construire un réseau de personnes ressources sur lesquelles le jeune pourra s'appuyer lors de sa sortie de l'institut. Les services sociaux locaux ont été sollicités à 36 reprises en 1999, pour 19 soignés.

Travailler avec les structures de réinsertion en aval de l'hospitalisation. Elles représentent 28% des projets de sortie en 1999 et la formalisation de conventions ne pourra qu'améliorer la continuité des soins, en particulier les soins de réadaptation.

Travailler avec l'AFPA, afin d'évaluer les capacités du jeune et mieux l'orienter. Un bilan pourra être proposé au jeune dont l'orientation s'avère difficile soit parce que la pathologie masque ses aptitudes, soit pour ramener le soigné à un projet moins ambitieux.

Travailler avec le syndicat de l'hospitalisation privée des Pays de la Loire, où l'institut est adhérent, est un atout non négligeable. D'une part, des représentants siègent au CROSS, et, d'autre part, parce qu'il permettra un soutien des autres cliniques de la région sur les projets éventuels.

Le Conseil Départemental de Santé Mentale (CDSM) devra être consulté sur les projets. Institué par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, composé des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, des représentants des personnels de santé mentale, des établissements d'hospitalisation publics et privés, il donne un avis sur le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements, le SROS. Il « *peut être également consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements et services de lutte contre les maladies mentales* »⁴⁸.

La conférence sanitaire de secteur, institué par l'article L.6131-1 du CSP, est formée des représentants des établissements de santé, publics ou privés. Consultée lors de l'élaboration ou de la révision de la carte sanitaire ou du SROS, elle est aussi chargée de promouvoir la coopération entre tous les établissements du secteur, coopération pouvant déboucher sur la signature de conventions. Les avis du CDSM en matière d'élaboration et de révision de la carte sanitaire et du SROS de psychiatrie sont transmis, pour information, à cette conférence⁴⁹.

Enfin, travailler avec la commune permettra d'avoir un soutien et un appui lors de la constitution des dossiers (permis de construire, etc.) et renforcera le rôle socio-économique de l'institut.

C. Le choix du service d'accompagnement

La psychiatrie traverse depuis une dizaine d'années une période de changement important mais nécessaire pour pouvoir asseoir sa crédibilité aux yeux du public. A ce moment s'ajoute pour la région des Pays de la Loire, le SROS de psychiatrie qui nous fait part de la nécessité de développer la coopération entre établissements ou services (sanitaires, médico-sociaux ou sociaux) et d'améliorer les modalités de prise en charge pour une meilleure réhabilitation du patient.

Les orientations de ce projet se sont fixées sur la base du partenariat afin de proposer une prestation nouvelle et complémentaire au dispositif existant. Aussi, en regard des orientations de la politique en santé mentale et devant l'ensemble des situations insatisfaisantes posées

⁴⁸ Article 3 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;

⁴⁹ Décret n° 92-517 du 5 juin 1992, article 1^{er} ;

précédemment, il me paraît nécessaire de définir un projet spécifique en vue d'une réinsertion sociale du jeune soigné et qui doit répondre à trois objectifs :

- Créer dans un dispositif de soins une structure relais autonome prenant en compte la réadaptation et la réinsertion sociale des soignés visant à maintenir ou favoriser une existence autonome, par un accompagnement thérapeutique et social.
- Favoriser la diminution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, mieux préparer les sorties et donc limiter celles sans projet construit, augmenter notre capacité d'accueil en diversifiant nos méthodes thérapeutiques, tout en réduisant le délai d'attente (2 mois actuellement).
- Par ailleurs, un projet de réinsertion sociale devant s'inclure dans une démarche de soins globale, il sera nécessaire d'articuler le travail avec l'ensemble des partenaires situés en amont et en aval.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et l'appartement (ou maison) thérapeutique, tels qu'ils sont définis par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales et la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, répondent à ces objectifs.

« *Le CATTP vise à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe* »⁵⁰. Son activité se distingue de celle d'un hôpital de jour, dont il représente l'alternative majeure, par le mode de prise en charge et sa durée.

Le CATTP est en effet plus léger, moins médicalisé (ni armoire à pharmacie, ni prescription médicamenteuse, présence médicale ponctuelle de coordination), plus socio-thérapeutique (activités de groupe médiatisés par une technique artistique ou culturelle, et conduites par un ou plusieurs intervenants non médecins), plus axés sur des contrats d'objectifs limités, plus proches de la cité, de la réinsertion sociale et de la réhabilitation.

L'appartement, ou la maison thérapeutique, est « *une unité de soins, à visée de réinsertion sociale, mise à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante sinon continue de personnels soignants* »⁵¹.

Il faut le différencier de l'appartement associatif, communautaire ou protégé, destiné à l'hébergement de malades mentaux stabilisés, au passé psychiatrique souvent lourd, qui nécessitent

⁵⁰ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales ;

⁵¹ Ibid.

un appui médico-social permettant leur insertion sociale. Ces appartements, à la différence des précédents, sont considérés comme le véritable domicile des patients qui en sont locataires. Plus encore que dans un centre de post-cure, la vie des patients doit tendre à se rapprocher de la vie ordinaire :

- Association, dans la limite des possibilités de chacun, à l'organisation, à la gestion du quotidien à l'intérieur de l'appartement ;
- Ouverture sur le village, la ville à proximité, soins à l'extérieur (psychothérapie au CATTP), participation à la vie locale, à des activités organisées pour toutes les populations.

Malheureusement notre statut juridique d'établissement de santé privé ne participant pas au service public nous handicape pour proposer ces structures, réservées aux établissements de santé publics et privés Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).

Bien que l'article L.6121-2 du CSP précise que « *la carte sanitaire détermine la nature et l'importance des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris (...) les structures de soins alternatives à l'hospitalisation* », seul l'hôpital de jour peut être créé par les secteurs publics et privés (à but lucratif ou non).

Pour les autorités, l'institut psychothérapique est classé dans la catégorie des cliniques à but lucratif, puisqu'il bénéficie d'un financement sous Objectif Quantifié National (OQN), et ne pourra prétendre à la diversification de son activité, excepté l'hôpital de jour, que s'il participe au service public.

J'aborderai dans le chapitre suivant la procédure d'autorisation de ces équipements.

II. Les nouveaux moyens d'action permettant un accompagnement social

A. Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

1. Les conditions liées au soigné

Cette formule de soins ambulatoires s'adressera à une population de jeunes adultes ayant des difficultés à développer leur autonomie affective et sociale, à se mobiliser et à se restructurer

dans le temps et l'espace. Cet accueil et l'utilisation d'activités adaptées ont pour but de mieux préparer la sortie, de prévenir les sorties prématurées, d'éviter l'isolement et la perte des capacités relationnelles affectives ou cognitives.

La tranche d'âge des soignés qui bénéficieront de ce service sera identique (16/30 ans) et seront :

- Soit issus de l'hospitalisation complète à l'institut ;
- Soit suivis en ambulatoire par un psychiatre de l'institut, en pré-hospitalisation ou non.

L'objectif est d'amener les soignés à résoudre leurs difficultés de façon à ce qu'ils puissent de nouveau s'inscrire dans des projets (autonomisation, réalisation affective et sociale, réinsertion). Le service proposé ne relève pas des situations d'urgence ou de crise. Il vise soit à anticiper la survenue de telles situations, dans l'attente ou non d'une hospitalisation, soit à proposer un accompagnement thérapeutique et social dans le cadre d'une structure de transition.

Il faut pouvoir proposer au soigné de nouvelles modalités de soins pour qu'il puisse réduire les conséquences de sa maladie, améliorer sa qualité de vie, parfois faire son deuil d'ambitions et de réussites sociales ou professionnelles, tout en retrouvant une certaine estime de lui-même ! Mais ces soins de réadaptation ne sont qu'une étape intermédiaire, préparant un processus de réinsertion: il s'agit donc d'assouplir des défenses pour favoriser les capacités relationnelles dans un plus grand plaisir de fonctionnement.

Comme pour l'hospitalisation complète, la direction procédera à l'admission sur proposition du médecin psychiatre et l'accord de la personne.

2. le projet

Il s'agit d'une structure de soins ambulatoires de 12 places, implantée sur le site de l'institut, différenciée de l'hospitalisation complète dans le parc de 10 hectares, ouvert du lundi au vendredi de 9h à 17 h (sauf jours fériés).

Dans un CATTP s'effectue un travail essentiellement orienté vers les relations du patient à autrui et vers la reconstruction de son autonomie, entre autre par des gestes usuels et divers modes d'expression. La prise en charge est généralement plus ponctuelle que dans un hôpital de jour, de quelques jours à quelques semaines, de manière continue ou discontinue.

Les activités ont pour but d'inscrire le soigné dans une réalité qu'il puisse vivre et qui soit le point de départ d'un processus de changement. Ils doivent, par leur diversité, permettre d'inscrire le soigné dans une dynamique de succès, lui faire découvrir et épanouir ses capacités à développer ses projets. Dans le cadre du projet dans lequel il est inscrit, en fonction de ses besoins, de ses possibilités et de celles qui lui sont offertes, le soigné participera à telle ou telle activité.

Quelle sera cette nouvelle prise en charge ? Même si j'ai quelques idées sur la question qui se trahiront dans les propositions qui suivent, je suis bien incapable aujourd'hui de le prédire. Il appartient au directeur d'accompagner les changements voire de les inspirer, non d'imposer une quelconque façon de voir de manière arbitraire.

Je pourrais établir une liste plus ou moins exhaustive des activités nécessaires mais la création de chacun ne peut partir que de l'initiative et du désir d'un membre de l'équipe qui en sera l'animateur⁵². En voici les grandes lignes :

- Les activités d'expression

Mieux être, pouvoir se retrouver, vivre dans un espace, être avec les autres, s'exprimer par le geste, la parole, apprendre à se connaître, s'aimer soi-même pour qu'ensuite puisse apparaître « l'autre », le groupe, l'environnement. Communiquer, supporter cette confrontation de la réalité, connaître ses propres limites et apprendre à développer ses capacités de devenir.

Ateliers à la fois de loisirs et de soins destinés à promouvoir le désir et le « faire » de chacun, ils s'inscrivent de plein droit dans une démarche d'autonomie. Il convient de mettre en place des moyens de réhabilitation sous forme :

- D'expression : scènes de théâtre, groupe de parole, réunions institutionnelles, activité photo, chant, danse, etc. ;
- D'image et d'entretien du corps : salon esthétique, massage, gym douce, sport ;
- De création : mosaïque, puzzle (ré-associer ce qui est dissocié).

- Les activités d'apprentissage des gestes du vécu quotidien

La réinsertion passe par la nécessité de posséder un certain nombre d'acquisitions pour vivre dans la société. L'apprentissage des gestes du vécu quotidien est nécessaire pour développer

⁵² Voir planning indicatif des activités sur une semaine, annexe 6 ;

la capacité d'autonomie : lavage du linge, repassage, savoir-faire les courses pour préparer les repas, gérer l'argent et cuisiner, le bricolage, éventuellement le jardin, etc.

Activités d'apprentissage et par là même de vie où chacun pourra évoluer près des autres, réapprendre des choses essentielles, oubliées, anesthésiées par les difficultés et la maladie. Apprendre à se faire plaisir dans un endroit que l'on aura rendu beau, ne pas passer son temps mais retrouver tout simplement le goût du « faire » : faire la cuisine, réparer des objets, se débrouiller tout seul.

Le développement de la capacité d'autonomie pourra aussi être stimulé par la prise de responsabilités, par exemple au sein du club loisirs et vie sociale (gestion des activités). Enfin, l'ouverture sur la vie sociale et professionnelle sera encouragée : recherche d'informations, démarches extérieures, démarches ANPE ou mission locale, stages, formations, remise à niveau, démarches administratives (recherche de logement par exemple), etc.

- Les activités de soutien

Elles sont aussi d'une très grande importance. Apprendre à donner du sens au temps libre car beaucoup de soignés craignent l'inactivité : « on rumine ». Les symptômes reviennent et se multiplient, c'est le moment où, sans aucun repère, l'on se retrouve face à face avec soi-même. Des activités telles que le sport, le cinéma, les visites d'exposition, la bibliothèque, les musées, l'inscription à un club, au foyer des jeunes, etc. sont à encourager.

Toutes ces activités supposent un investissement personnel important. Elles doivent donc être le plus possible tournées vers l'extérieur, faire appel à des clubs du village, au centre culturel, aux associations. Elles permettent aux soignés de s'engager par rapport à un groupe différent, non protecteur.

Elles permettent aussi de faire ses premiers pas dans un milieu qui se veut moins compétitif que celui du travail. La rencontre des autres y est peut-être plus facile.

Outre les activités spécifiques d'accompagnement social proposées au soigné pour restaurer ses habiletés sociales, on retrouvera en complémentarité dans ce projet les caractéristiques thérapeutiques fondatrices de l'institut, à savoir : les psychothérapies de groupe, familiales et individuelles développées dans la première partie.

Cet accompagnement social ne trouvera son sens et son efficacité qu'en lien étroit avec le soin. C'est donc une expérience privilégiée d'harmonisation entre le sanitaire et le social, conçue dans l'intérêt des soignés. Pour favoriser la réinsertion, ce projet doit faire intervenir de nouveaux acteurs, ceux du champ social. Il est nécessaire de trouver des modes de collaboration qui tiennent compte de la réalité complexe et instable des jeunes soignés en difficulté. Faire accepter aux soignants les changements nécessaires implique des modifications dans l'organisation du travail et dans leur identité. Le cadre d'extinction dans lequel se trouvent les infirmiers de secteur psychiatrique (l'harmonisation européenne a supprimé cette formation en 1995) et l'instauration d'un diplôme d'Etat d'infirmier unique renforcent cette identité professionnelle. Ce diplôme unique participe à la médicalisation de la psychiatrie et éloigne les infirmiers du champ social.

Un métissage des identités professionnelles est indispensable pour qu'une telle structure voie le jour car elle nécessite une culture commune. Afin de préparer au mieux cette évolution importante, là encore j'utiliserai le projet d'établissement et la démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, il est prévu des groupes de travail chargé de faire des propositions, notamment sur la prise en charge du patient. L'occasion est trop belle d'utiliser ces deux instances où participent l'ensemble des acteurs de l'institut pour y réfléchir et amorcer ce virage dans de bonnes conditions.

L'architecture de la structure devra tenir compte de cet accompagnement qui nécessite, sur le plan de la vie sociale et affective, d'encourager la mise en place de lieux de rencontres, d'échanges et de convivialité.

Enfin, cette structure de soins ambulatoires assurant uniquement un accueil de jour, l'accompagnement proposé devra prévoir un hébergement, pour les plus éloignés ou les indications de séparation avec le milieu familial. Quelle forme prendra-t-il ? Sera-t-il à la charge du soigné ou de l'assurance maladie ? Le projet médical évoque des places d'appartement thérapeutique, donc à la charge de l'assurance maladie, compte tenu d'un temps de séjour court (quelques semaines) et d'un accompagnement important des professionnels.

B. Des maisons thérapeutiques

Il s'agit de proposer un accompagnement dans une maison thérapeutique en complément des soins au CATTP.

1. les conditions liées au soigné

Ce type de prestation sera proposé aux soignés du CATTP, afin de poursuivre l'accompagnement social et thérapeutique, la démarche d'autonomisation, ceci dans un contexte de vie ordinaire. Il s'agit de mettre en pratique et de vivre en temps réel les difficultés de l'autonomie, en terme de gestion du linge, des courses, du ménage, du temps libre, de cohabitation, etc.

Complémentaire à la prise en charge en CATTP, la tranche d'âge des soignés sera identique (16/30 ans). Ils seront issus de l'hospitalisation complète à l'institut.

Plusieurs types d'hébergement pourront être proposés en fonction du degré de maturité du soigné à se prendre en charge : maisons du T2 au T5.

2. le projet

12 places seront proposées, dans plusieurs maisons situées au sein du village.

80 logements locatifs, de plein pied avec jardin, existent sur la commune. Un T5, un T4, deux T3 et un T2 seront loués et meublés par l'établissement.

Là encore, ce projet devra être travaillé en équipe et je ne pourrai me soustraire à sa réflexion. Des orientations peuvent cependant être proposées pour maintenir ou rétablir le lien social avec l'extérieur :

➤ Le réapprentissage ou l'apprentissage du quotidien ;

Les activités proposées seraient centrées autour de la cuisine avec élaboration du menu, accompagnement pour les courses, afin d'arriver à la fabrication d'une cuisine collective familiale et d'éviter ainsi les classiques boîtes de conserve, tranches de jambon ou œufs sur le plat. Les professionnels pourraient partager le repas avec les soignés.

L'autre versant des activités s'attacherait à sensibiliser les soignés à la nécessité d'une hygiène minimum, tant pour le corps que pour l'appartement.

➤ L'approche socio-thérapeutique ;

L'objectif serait d'utiliser au maximum les structures normales de loisirs existantes dans le tissu social et l'intégration dans l'environnement immédiat : voisinage, commerces, vie associative, bibliothèque, club sportif, restaurant, foyer des jeunes, etc. ;

Cet accompagnement social des soignés dans des activités extériorisées favorise les échanges et permet une ébauche de réinsertion sociale.

➤ **L'approche éducative**

Au sein de l'appartement, des conflits inhérents à toute vie en collectivité vont certainement éclater et seront exposés aux professionnels : gestion de la caisse commune, vols de nourriture, appropriation exclusive des parties communes et de la télévision, etc.

Le rôle de l'équipe sera de faire comprendre aux soignés qu'ils appartiennent à un groupe au sein duquel il y a des lois dont il faut tenir compte. Chacun doit donc trouver sa place sociale dans le groupe et cet effort d'adaptation permettra aux soignés d'appréhender plus aisément les exigences de la société une fois qu'ils auront quitté l'appartement.

L'élaboration d'un règlement intérieur avec ses règles à respecter, en collaboration des soignés, permettra d'éviter des dérapages.

➤ **La participation à la restauration des liens familiaux ;**

Comme pour l'hospitalisation complète et le CATTP, la famille devra pouvoir assurer son soutien et son rôle affectif, nécessaire à l'équilibre du soigné. La famille sera invitée à visiter le lieu de vie et de soins où séjourne l'un des siens.

La nécessité de cohésion d'équipe me paraît indispensable pour que ce projet aboutisse. Il est donc primordial que ses membres se rencontrent régulièrement sous forme d'une régulation quotidienne. L'équipe chargée du CATTP et des appartements thérapeutiques sera la même et détachée de l'hospitalisation complète. Nous aborderons dans le chapitre suivant la composition de l'équipe multidisciplinaire chargée de la mise en œuvre du projet.

C. La gestion des projets

1. La procédure d'autorisation

La condition sine qua non de voir aboutir ces projets est la participation de l'institut psychothérapique au service public hospitalier. Un dossier de demande devra être déposé auprès de l'ARH. Après avis du CROSS, section sanitaire, la commission exécutive de l'ARH autorisera ou non l'institut à participer au service public.

En tant que directeur, il faudra préalablement que je puisse convaincre le conseil d'administration de participer au service public afin de pouvoir faire bénéficier les soignés de relais indispensables à l'accompagnement social. Je devrai présenter aux administrateurs les avantages et inconvénients de cette formule pour qu'ils puissent prendre leur décision en toute connaissance de cause. En ce qui concerne le personnel, il n'y aura aucun changement sur leur situation et ce nouveau statut ne devrait pas perturber le climat social. Les organes représentatifs du personnel (comité d'établissement) et la conférence médicale d'établissement seraient sollicités pour donner leur avis sur le changement de statut juridique.

La deuxième étape consistera à obtenir une autorisation de création de ces deux structures, toujours après avoir recueilli les avis internes et la délibération favorable du conseil d'administration. En effet, l'article L.6122-1 du CSP précise que :

« Sont soumis à l'autorisation du ministre chargé de la santé ou de l'ARH les projets relatifs à: (...) la création, l'extension, la transformation des installations mentionnées à l'article L.6121-2 (...) y compris (...) les structures de soins alternatives à l'hospitalisation ».

Le CATTP étant une structure de soins ambulatoires, il n'est pas pris en compte par la carte sanitaire de psychiatrie. Complémentaire des structures alternatives à l'hospitalisation, il n'a donc pas besoin de l'avis du CROSS pour l'autorisation. Après avis de la commission exécutive de l'ARH, son directeur autorisera ou non la création.

L'appartement thérapeutique étant une structure de soins alternative à l'hospitalisation, la demande d'autorisation sera soumise à l'avis du CDSM, de la conférence sanitaire de secteur, et du CROSS section sanitaire. La commission exécutive de l'ARH, après délibération, autorisera ou non sa création.

Les demandes d'autorisation, adressées à l'ARH, devront être accompagnées d'un dossier justificatif complet comportant un volet administratif, une partie relative aux personnels, un dossier technique et financier et un dossier évaluation. Le dossier est réputé complet si le directeur de l'ARH n'a pas fait connaître au demandeur la liste des pièces manquantes dans le délai d'un mois après réception (article R.712-40 du CSP).

La commission exécutive de l'ARH est composée à parité :

- De représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

- De représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie, désignés par les organismes parties à la convention constitutives ;

Le directeur de l'agence, président de la commission exécutive, est nommé par décret (article L.6115-7 du CSP).

Le CROSS, section sanitaire, comprend 36 membres dont :

- Le Directeur de l'ARH ;
- Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- Le Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique ;
- Le Trésorier Payeur Général de la région Pays de la Loire ;
- Deux fonctionnaires des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales ;
- Un conseiller régional, un conseiller général, un maire ;
- Quatre représentants de la CRAM dont le Directeur et le médecin conseil ;
- Deux représentants des régimes d'assurance maladie autres que la CRAM ;
- Quatre représentants des organisations d'hospitalisation publique ;
- Trois représentants des commissions médicales d'établissements publics de santé
- Quatre représentants des organisations d'hospitalisation privée ;
- Quatre représentants des syndicats médicaux ;
- Un représentant des médecins salariés exerçant dans un établissement privé PSPH ;
- Deux représentants des organisations syndicales des personnels non médicaux hospitaliers ;
- Un représentant des usagers des institutions et établissements de santé
- Deux personnalités qualifiées.

La mission du CROSS, section sanitaire, est de formuler un avis sur :

- Les projets de carte sanitaire et de SROS ;
- Les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation des projets mentionnés à l'article L.6122-1 du CSP.

Le CROSS aura eu connaissance, pour information, de l'avis formulé par le CDSM.

Le directeur de l'ARH accordera l'autorisation si les projets (article L.6122-2 du CSP) :

- répondent, dans la zone sanitaire considérée, aux besoins, tels que définis par la carte sanitaire ;
- sont compatibles avec les objectifs fixés par le SROS ;

- satisfont à des conditions techniques de fonctionnement fixées par décret.

La décision du directeur de l'ARH est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la période de réception. L'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation.⁵³ L'autorisation accordée vaut autorisation de fonctionner, sous réserve d'une visite de conformité, et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.⁵⁴ Elle est caduque si l'opération autorisée n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.⁵⁵ Elle est accordée pour une durée de dix ans, la demande de renouvellement devant être déposée au moins un an avant son échéance.⁵⁶

2. La gestion du personnel

En tant que directeur, je pourrai m'appuyer sur la volonté politique de l'association, porteuse du projet, pour amener la réflexion sur l'accompagnement social. La culture soignante est forte, il faudra en tenir compte et prendre le temps pour que le deuil du « tout sanitaire » puisse se faire. Le développement de l'accompagnement social par le biais des soins de réadaptation permettra de garder notre mission sanitaire, ce qui rassurerait le personnel soignant en place.

La réorganisation du travail, dans le cadre de la mise en œuvre des 35 heures, la démarche participative dans le cadre de la formalisation du projet d'établissement et la démarche d'amélioration continue de la qualité, ont favorisé la réflexion des acteurs sur les besoins de la population accueillie, et la nécessaire articulation sanitaire et sociale. En terme de gestion du personnel, cela se traduira par de nouvelles compétences à recruter, notamment des travailleurs sociaux.

Le projet d'établissement devra prévoir le recrutement d'une assistante sociale⁵⁷ à temps partiel, qui confirmera la nécessité de prendre en compte la dimension sociale dans le processus de soins du jeune soigné.

⁵³ Article L.6122-10 du CSP ;

⁵⁴ Article L.6122-4 du CSP ;

⁵⁵ Article L.6122-11 du CSP ;

⁵⁶ Article L.6122-8 du CSP ;

⁵⁷ Lire assistante sociale ou assistant social ;

Prévue à mi-temps au sein de l'hospitalisation complète, son temps de présence sera augmenté dans le cadre des nouveaux moyens d'action à mettre en œuvre.

Je proposerai au conseil d'administration et au comité d'établissement l'embauche de deux conseillers⁵⁸ en économie sociale et familiale (CESF), travailleurs sociaux dont la mission est d'assurer une action d'information et de formation dans la gestion matérielle de la vie quotidienne de personnes en difficulté, mais également leur insertion sociale. L'activité du CESF, qui peut s'exercer auprès de la population de l'institut, est basée sur des travaux manuels tels que la cuisine, la couture, le bricolage, le jardinage, mais aussi sur des domaines aussi variés que l'utilisation de l'énergie, l'enseignement, la décoration, les loisirs, la consommation. L'un d'eux pourra être plus particulièrement chargé de l'accompagnement du soir (de 17h à 21h).

La complémentarité avec l'équipe en place et l'assistante sociale semble intéressante pour une prise en charge globale du jeune. Cependant, des difficultés d'intégration des travailleurs sociaux et des résistances de certains membres de l'équipe sont à prévoir. Il faudra compter sur quelques personnes ressources et l'arrivée récente de jeunes infirmiers pour que les soins puissent être dispensés en harmonie.

Les besoins en personnel au sein du CATTP et des appartements thérapeutiques sont les suivants :

PERSONNEL	Nombre	ETP
Psychologue	1	0,50
Cadre Infirmier Supérieur	1	0,10
Cadre Infirmier	1	1,00
Infirmiers	2	1,81
Conseillers en Economie Sociale et Familiale	2	1,62
Assistante sociale	1	0,30
Agent de Service	1	0,40
Ouvrier d'entretien	1	0,20
Secrétariat médical	1	0,40
Direction	1	0,20
TOTAL	12	6,53

Un psychiatre de l'établissement interviendrait trois demi-journées par semaine au CATTP, pour animer le groupe de psychothérapie, en collaboration du psychologue et d'un accompagnateur, chaque psychiatre assurant le suivi individuel des soignés. Le statut libéral des

médecins étant conservé, ces derniers continueront d'être rémunérés à l'acte et ces charges ne seront donc pas incluses dans le budget prévisionnel.

3. l'aspect financier

a) les investissements

Le CATTP :

- Un bâtiment de plein pied sur 300m² sera construit dans le parc et comprendra : un accueil / secrétariat, un bureau médical, un bureau pour le psychologue et l'assistante sociale, trois salles d'activité, une cuisine, une salle à manger, deux wc avec lavabo, un vestiaire du personnel avec douche et lavabo.

L'estimation de l'investissement est de **1 500 000 F** amorti sur **25 ans**.

L'institut est propriétaire du terrain et cédera la surface nécessaire à la construction.

- L'achat de mobilier est estimé à **200 000 F** et sera amorti sur **10 ans**.
- Un véhicule de transport, type microbus 9 places, est envisagé en occasion pour un budget de **80 000 F** amorti sur **5 ans**.

Les maisons thérapeutiques :

Les cinq logements seront meublés par : une machine à laver le linge, un réfrigérateur, du mobilier (chambres, cuisine), un téléviseur, un salon, une cuisinière, du matériel de cuisine, du matériel divers pour une somme de **312 500 F** amortie sur **5 ou 10 ans**.

Le financement d'une grande majorité de ces investissements est prévu par l'emprunt, notre taux d'endettement étant raisonnable (34%). Deux emprunts, l'un sur 15 ans, l'autre sur 7 ans, d'un montant total de **2 100 000 F au taux de 6,5%** seront contractés auprès de l'une de nos banques. La première année, dans cette configuration, le remboursement des intérêts se monterait à **112 287,50 F**

⁵⁸ Lire conseiller ou conseillère en économie sociale et familiale ;

Cette étude a été faite sans recherche de subvention, ni prêt gratuit. Il est possible que dans un contexte PSPH, notre établissement puisse bénéficier de ces avantages notamment auprès du ministère ou d'organismes d'assurance maladie (CRAM, MSA).

b) budget prévisionnel de fonctionnement⁵⁹

	CATTP	Maisons thérapeutiques	TOTAL
ALIMENTATION	43 800,00	65 700,00	109 500,00
ACHATS (hors aliment.et pharmacie)	71 000,00	58 700,00	129 700,00
SERVICES EXTERIEURS	93 000,00	164 000,00	257 000,00
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	73 000,00	4 200,00	77 200,00
IMPOTS ET TAXES. Versements assimilés	6 000,00	12 500,00	18 500,00
FRAIS DE PERSONNEL	994 129,00	529 109,00	1 523 238,00
FRAIS DE SIEGE	14 800,00	8 900,00	23 700,00
CHARGES FINANCIERES	112 288,00	19 255,00	131 543,00
DOTATION AUX AMORTISSEMENTS	96 000,00	40 500,00	136 500,00
PHARMACIE		87 600,00	87 600,00
TOTAL CHARGES BRUTES	1 504 017,00	990 464,00	2 494 481,00
RECETTES EN ATTENUATION		306 600,00	306 600,00
TOTAL CHARGES NETTES = DOTATION GLOBALE DE FONCTIONNEMENT	1 504 017,00	683 864,00	2 187 881,00
Nombre de journées*	3 057,00	4 292,00	
PRIX DE JOURNEE	491,99	159,33	651,33

* 12 places x 260 jours x 98% pour le CATTP.

12 places x 365 jours x 98% pour les maisons thérapeutiques.

Si l'on considère que cette prise en charge est le prolongement institutionnel des soins curatifs, à visée de réinsertion sociale, qu'elle évite des projets de sortie non construits et des réhospitalisations, parce qu'un accompagnement social aura été engagé, le coût ramené au prix de journée constitue une économie certaine par rapport au prix de journée de l'institut (830,60 F), soit une économie de 22%.

⁵⁹ Voir détail du budget, annexe 7;

III. L'évaluation

L'article L.6113-2 du CSP indique que « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (...) contribue au développement de cette évaluation* ».

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a été complétée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 qui rend obligatoire l'accréditation des établissements de santé, procédure d'évaluation externe concernant l'ensemble du fonctionnement de l'institut. Cette procédure prend la dénomination de démarche d'amélioration continue de la qualité.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité, que j'ai initiée en septembre 2000 avec le soutien du conseil d'administration et de la conférence médicale d'établissement, vise à évaluer nos pratiques. Les critères retenus sont ceux publiés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), au nombre de 298, répartis en 86 références et 10 référentiels qui sont :

- Droits et information du patient
- Dossier du patient
- Organisation de la prise en charge des patients
- Management de l'établissement et des secteurs d'activité
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des fonctions logistiques
- Gestion du système d'information
- Gestion de la qualité et prévention des risques
- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
- Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux
- Gestion des fonctions logistiques.

Cette procédure n'aurait aucun sens et ne saurait aboutir si elle n'était pas d'abord la démarche de l'ensemble du personnel et de l'équipe médicale. Un autodiagnostic de l'établissement, par des groupes de travail multiprofessionnels, sur la base des référentiels ci-dessus devrait avoir lieu à l'automne 2000 afin que je puisse définir les orientations stratégiques en matière

de qualité et sécurité des soins, et qu'un comité de pilotage « qualité » puisse proposer un programme d'actions à mettre en œuvre.

Suite à l'autodiagnostic et dans le cadre de l'accompagnement du changement, les groupes de travail devront proposer des indicateurs de suivi pour évaluer la pertinence des actions et permettre un ajustement éventuel. Ces critères d'évaluation⁶⁰ concernent le soigné (accompagnement social et thérapeutique) et l'établissement au sens large (institut, CATTP, maisons thérapeutiques).

Les indicateurs concernant le soigné pourraient être :

- Les soignés quittant l'institut sans projet construit sont-ils moins nombreux ?
- Nombre de soignés ayant subi une évaluation de ses capacités par l'AFPA ?
- Evolution des projets de sortie ;
- Evaluation de l'autonomie sociale⁶¹ ;
- Nombre de soignés ayant bénéficié de soins ambulatoires et d'une prise en charge en maison thérapeutique ?
- Nombre de soignés souhaitant entrer en maison thérapeutique ?
- Evolution des réadmissions à l'institut ?
- Les relations avec la famille se sont-elles améliorées ? (nombre et fréquence des rencontres, des permissions) ;
- Comment le soigné vit-il ses relations avec l'entourage familial et social ? (apaisement, conflit, indifférence) ;
- Le soigné se sent-il moins stigmatisé ? comment ressent-il le regard porté sur lui ?
- Nombre et nature d'appels téléphoniques des soignés en maison thérapeutique vers l'institut ;
- Participation à des activités ou manifestation externe ;
- Relations avec le voisinage (inexistantes, neutres, conflictuelles, harmonieuses) ;
- Le voisinage fait-il appel à l'institut ? pour quelles raisons ?
- Comment le voisinage vit-il la fréquentation du soigné ?
- Analyse des questionnaires de sortie des soignés et des familles ;

Les indicateurs concernant l'établissement pourraient être :

- 95% au moins des soignés sont-ils issus des régions Bretagne et Pays de la Loire ?
- Nombre de personnes suivies dans les différentes structures ;
- Etat de la liste d'attente sur les différentes structures (nombre et délai) ;

⁶⁰ Liste non exhaustive ;

- Evolution de la durée moyenne de séjour ;
- Nombre de conventions de coopération avec les établissements (sanitaires ou sociaux) en amont et en aval de la prise en charge à l'institut ;
- Coordination avec les autres établissements de santé mentale du département ;
- Taux d'occupation dans les différentes structures, et comparaison au prévisionnel ;
- Par rapport au fonctionnement, la répartition des horaires est-elle pertinente ? permet-elle de couvrir les besoins tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ?
- Par rapport au personnel, comment vit-il le changement ? (revendications, arrêts de travail, motivation) ;
- Par rapport au budget, les prévisions budgétaires sont-elles correctes ?

Synthèse

L'accompagnement social est bien un outil d'amélioration de la prise en charge des jeunes soignés. Le projet individuel est mis en valeur dès le début de l'hospitalisation et permet de mieux appréhender les soins de réadaptation. Au final, la réinsertion est mieux préparée.

Pour autant, la conduite du projet n'est pas aisée, compte-tenu d'un contexte sanitaire difficile (indices de besoin en psychiatrie excédentaire sur le département et fermeture de lits), d'un personnel ayant une culture soignante exclusive et des partenaires à convaincre.

Le soutien de l'association et du corps médical sera indispensable pour amener l'ensemble des personnels à être porteur du projet d'accompagnement social.

⁶¹ Voir échelle d'autonomie sociale, annexe 8 ;

CONCLUSION

Tout au long de ce travail, j'ai tenté de montrer que la notion de santé mentale est plus large que celle de psychiatrie, et qu'elle suppose un dispositif qui aille de la prévention à la réinsertion, en passant par le soin et le nécessaire accompagnement social. Il y aurait comme une dimension institutionnelle traversée de part en part par une logique de droit commun.

Complémentaire de l'accompagnement thérapeutique, l'accompagnement social complète les soins curatifs par une démarche d'autonomisation précoce et renforce les soins de réadaptation dont la dimension sociale était amputée.

Les soins de réadaptation ont leur spécificité, ils se développent à l'articulation du sanitaire et du social et favorisent les dynamiques d'insertion et d'accès à une citoyenneté qui, seules, peuvent permettre à la personne d'agir sur son environnement.

Une réponse pour tenter de surmonter les résistances à cette articulation sanitaire et sociale serait peut-être d'impulser, au niveau national, une réflexion sur les statuts, mais aussi sur les qualifications et les compétences. Inévitablement cela supposerait de repenser les formations initiales.

La fonction de direction a ses limites et s'avère peu présente dans la dynamique de psychothérapie institutionnelle impulsée par le projet médical. Sur la base de l'expérience acquise, d'initiatives en cours, de synergies, d'une volonté commune d'amélioration continue de la qualité des soins (au sens large) de la part de l'ensemble des acteurs de l'établissement, j'ai évoqué plusieurs pistes de travail dont l'élaboration devrait progressivement enrichir les conditions de prise en charge de jeunes adultes souffrants de troubles psychiques par :

- Une inscription du projet de réinsertion dès l'admission ;
- La définition du parcours individualisé du soigné, par la démarche de soins.

Parce qu'un directeur doit se projeter dans l'avenir, je prends le risque d'écrire ce que pourrait être l'institut psychothérapique en 2003 (période où l'indice global des besoins est déficitaire).

Je souhaiterais que la démarche de soins soit un outil approprié par les soignants, car lui seul permet un processus de soins complet.

J'imagine l'établissement, accompagné par son association, entouré de partenaires, donc doté d'une culture partagée et cadrée par des outils adaptés à une prise en charge facilitée et devenue efficace : conventions, chartes, protocoles, etc. en réseaux de partenariat.

Je souhaiterais une équipe pluri-professionnelle qui reconnaisse d'une part les limites de son action et, d'autre part les territoires communs d'identité professionnelle. Les stratégies propres à chacun, qu'elles soient thérapeutiques ou socio-éducatives, permettraient d'accompagner le soigné vers plus d'autonomie et de répondre à ses besoins de manière plus adaptée.

Enfin, les structures relais complèteraient le dispositif existant et permettraient une diversification de l'offre de soins tout en améliorant les soins de réadaptation. La transition serait bien préparée et la dynamique de réinsertion amorcée.

Ce projet n'en a pas moins ses limites et ouvre de nouvelles questions :

- Promouvoir l'accompagnement social, en milieu rural, pour favoriser la réinsertion, n'est-ce pas paradoxal ?
- Pourra-t-on réellement accompagner le soigné sur le grand Ouest ? la proximité n'est-elle pas trop large ?
- L'accompagnement social ne renforce-t-il pas la dépendance à l'institution ?

La plupart de ces questions trouveront leur réponse dans l'évaluation de nos actions. Les indicateurs fourniront des informations permettant d'ajuster les projets et de développer de nouvelles actions allant toujours dans le sens d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- ARVEILLER J.P, BONNET C, *L'insertion du malade mental*, Editions Erès, 1994.
- CASTEL R, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Editions Fayard, 1996.
- FOUCAULT M, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Editions Gallimard, Collection TEL, 1998, première édition 1972.
- MASSE G, JACQUART A, CIARDI M, *Histoire illustrée de la psychiatrie*, Editions Dunod, 1987.
- SIVADON P, DURON J, *La santé mentale*, Paris, Editions Privat, Collection Epoque, 1979.
- TOUSIGNANT M, *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Editions PUF, 1992.
- VIDON G, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*, Editions Frison-Roche, Croix Marine, 1995.
- ZARIFIAN E, *Les jardiniers de la folie*, Editions Odile Jacob, 1994.

ARTICLES

- CHAMBON O., LEGUAY D., *Réhabiliter... et réinsérer*, Santé mentale, n°29, juin 1998, pp. 18-32.
- METGE JL. , BOZZI L., *Réinsertion: le tout psychiatrique un danger permanent*, Actualités psychiatriques, n°2, pp. 19-22.

MEMOIRE

- MATIGNON H., *Le silence des fantômes*, mémoire de fin d'étude du diplôme universitaire « étude et prise en charge des conduites suicidaires », faculté de médecine et de pharmacie d'Angers, promotion 1997-1999.

DOCUMENTS DIVERS

- Conférence de consensus sur les stratégies à long terme dans les psychoses schizoéphréniques*, janvier 1994.
- Statistiques et indicateurs de la santé et du social*, DRASS des Pays de la Loire, Mémento 1999-2000.
- Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de Psychiatrie*, ARH des Pays de la Loire, 1999-2004.
- Carte sanitaire de Psychiatrie*, ARH des Pays de la Loire, juillet 1999.
- Le programme et la loi de prévention et de lutte contre les exclusions*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, avril 1999.
- L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux*, rapport du groupe de travail, juin 1995.
- L'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers*, Guide du service infirmier n°3, série soins infirmiers.
- Projet associatif de l'Association sanitaire et sociale*, juillet 1999.
- Ethique et pratiques de l'accompagnement social*, journée d'étude UNIOSS, 29 juin 1995.

TEXTES REGLEMENTAIRES

Circulaire n° 340 du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

Arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

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

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

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant statut juridique du secteur psychiatrique.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, intègre les secteurs dans la carte sanitaire.

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

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Loi n° 87-157 du 10 juillet 1987 relative à l'accès au travail des personnes handicapées.

Loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au Revenu Minimum d'Insertion.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

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

Circulaire n° 93-376 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale.

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

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions.

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle.

Code de la Santé Publique

Code du Travail.