



EHESP

**Directeur d'établissement
social et médico-social public**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **décembre 2008**

**ACCROÎTRE ET DIVERSIFIER L'OFFRE POUR UNE
MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES ADULTES
HANDICAPÉS PSYCHIQUES STABILISÉS**

L'EXEMPLE DU PROJET D'EXTENSION DU FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ
DU CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉOLE

Ludovic SURGET

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord chaleureusement Monsieur Jean-Charles MELNITCHENKO, Madame Marie-Noëlle BOUCHAUD et Madame Mariette COMBRADE pour m'avoir accueilli et accompagné au sein du Centre Hospitalier de La Réole.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction pour leur aide précieuse.

Merci aux personnels du Foyer d'Accueil Médicalisé pour leur accueil et leur disponibilité.

Merci encore à l'ensemble des professionnels qui ont répondu à mes sollicitations, permettant ainsi à ce travail d'exister.

Enfin, je remercie vivement mes proches pour leur soutien tout du long de ce stage et lors de la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE HANDICAP PSYCHIQUE, UNE RECONNAISSANCE RÉCENTE EN FRANCE..7	
1.1 La notion de handicap psychique	7
1.1.1 Historique de la psychiatrie.....	7
1.1.2 Essai de définition du handicap psychique.....	12
1.1.3 Une notion hétérogène, mais des conséquences similaires.....	14
1.1.4 Quelques chiffres.....	16
1.2 Les prises en charge du handicap psychique	17
1.2.1 Des incapacités différentes.....	18
1.2.2 De nombreux modes de prise en charge.....	21
1.3 Des éléments du cadre légal et réglementaire.....	23
2 EXAMEN DE LA SITUATION DU FAM DU CH DE LA RÉOLE ET DE SON ENVIRONNEMENT	25
2.1 L'établissement et son environnement	25
2.1.1 L'établissement lieu de stage	25
2.1.2 Les établissements voisins	29
2.1.3 Les orientations politiques nationales, régionales et départementales	29
2.2 Une offre de prise en charge insuffisante et inadaptée	34
2.2.1 Une offre de prise en charge insuffisante	34
2.2.2 Une offre de prise en charge inadaptée	35
3 UN PROJET DE PRISE EN CHARGE DES ADULTES HANDICAPÉS PSYCHIQUES STABILISÉS : PRÉSENTATION ET PRÉCONISATIONS.....	37
3.1 Le projet d'extension du FAM du CH de La Réole.....	37
3.1.1 La genèse du projet.....	37
3.1.2 L'extension de capacité d'hébergement permanent	40
3.1.3 La création d'un accueil de jour et d'un accueil temporaire.....	44
3.1.4 La situation actuelle du projet.....	45

3.2	Des préconisations pour assurer le succès du projet.....	47
3.2.1	Une réflexion préalable approfondie accompagnée d'un travail de communication.....	47
3.2.2	Une définition claire des critères d'admission des futurs résidents pour une prise en charge optimale	48
3.2.3	L'importance de la conception architecturale	49
3.2.4	Un recrutement de personnels qualifiés et en nombre suffisant	51
3.2.5	Une politique de formation continue renforcée.....	52
3.2.6	Une préparation de la période d'intégration des nouveaux personnels	53
3.2.7	Une recherche de partenariats et une logique de réseaux	54
3.2.8	Une attention particulière à porter aux résidents du FAM actuel	55
	CONCLUSION	57
	SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie, Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS	Aide-Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CEAP	Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
CESR	Conseil Économique et Social Régional
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
CIH	Classification Internationale du Handicap
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CTNERHI	Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP	Équivalent Temps Plein
ESAT	Établissement Social d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FDT	Foyer à Double Tarification
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HL	Hôpital Local
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

ORSA	Observatoire Régional de Santé d'Aquitaine
PPSM	Plan Psychiatrie et Santé Mentale
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TOC	Troubles Obsessionnels Compulsifs
UNAFAM	Union NAtionale des FAmilles de Malades mentaux

INTRODUCTION

« Notre devoir n'est pas de nous débarrasser du fou, mais de débarrasser le fou de sa folie »¹

Albert Londres fait ainsi référence aux conditions de vie, qu'il a lui-même observées au cours de son travail de journaliste, des personnes frappées de « folie » et placées en asile d'aliénés dans les années 1920. Nous percevons bien dans cette phrase la volonté manifeste des autorités de l'époque d'éloigner le « fou » du restant de la société par un recours à un enfermement forcé. Nous pouvons également en déduire que cette mise à l'écart constituait presque une fin en soi, puisque l'objectif premier, selon cet auteur, n'était aucunement de « débarrasser le fou de sa folie », c'est à dire de le guérir.

Cette citation d'Albert Londres est tirée d'un de ses ouvrages majeurs, lequel apporte un intéressant témoignage de ce que pouvait être la prise en charge psychiatrique durant de très nombreuses décennies. Le terme générique de « folie » (défini par le dictionnaire Larousse comme un dérèglement mental) souligne bien l'incompréhension longtemps totale des médecins face à ces phénomènes. En effet, le champ des maladies mentales est par nature beaucoup plus délicat à objectiver que celui des pathologies somatiques. Les diagnostics sont ainsi généralement complexes à poser.

Des siècles durant, les thérapies proposées aux malades ont le plus souvent abouti à des échecs ou, au mieux, à des résultats peu convaincants, l'efficacité divergeant fortement d'un patient à un autre. Ce n'est réellement qu'avec l'arrivée de la première génération de neuroleptiques (ouvrant la voie aux médicaments psychotropes) dans les années 1950 que les traitements contre certaines maladies mentales sont enfin devenus relativement performants. Les soins extra-hospitaliers ont alors peu à peu pu être considérés comme une alternative crédible à l'enfermement institutionnel.

Aujourd'hui, grâce aux progrès dans la compréhension des pathologies et à la mise au point de médicaments plus efficaces, les prises en charge psychiatriques des maladies mentales ont sensiblement évoluées. Ainsi, il est établi que la vie du « fou » dans la cité doit être la règle et l'enfermement en structure spécialisée l'exception.

¹ Albert LONDRES. *Chez les fous*. Collection « Motifs ». Le serpent à plumes, 1999.

Dans ce contexte, il est intéressant de se pencher sur ce concept de « folie ». Il convient tout d'abord de remarquer que les termes de « fou », « folie »... ne sont plus à présent employés que par le grand public. Les professionnels préfèrent parler de maladies mentales et de handicap psychique, la personne handicapée psychique étant celle qui souffre d'une maladie mentale. L'utilisation récente de ce vocable va de pair avec une meilleure connaissance de ces pathologies. Ainsi, il est utile de préciser que les médecins ont longtemps cru à une « unicité » de la maladie mentale, idée qui se retrouve dans le concept très large d'« aliénation mentale » proposé par Philippe PINEL au XVIII^{ème} siècle. Or, il apparaît que la notion de handicap psychique est en réalité fortement hétérogène : elle regroupe en effet de nombreuses maladies mentales dont la gravité potentielle et les incapacités qu'elles peuvent générer sont éminemment variables.

Cette remarque implique la nécessité de proposer à chaque malade des soins et un environnement adaptés à sa pathologie, mais également d'anticiper l'évolution prévisible de celle-ci. Ceci permet de comprendre la diversité d'établissements et de services qu'il faut pouvoir mettre à disposition des personnes handicapées psychiques.

Il est ainsi aujourd'hui anormal qu'un individu souffrant d'une pathologie identifiée à un degré qui l'autorise à demeurer à domicile, avec un traitement déterminé et un suivi régulier par des professionnels, puisse être hébergé contre son gré en centre hospitalier spécialisé (CHS). Ce cas de figure est heureusement devenu rarissime du fait du développement de la psychiatrie de secteur, permise par l'efficacité des traitements psychotropes.

Néanmoins, n'est-il pas tout aussi inacceptable qu'une personne handicapée psychique incapable de vivre dans la cité, mais pouvant avoir de multiples activités si elle est accompagnée de façon adéquate, soit privée de cette possibilité par une insuffisance de place en structure médico-sociale ? C'est à partir de ce questionnement que j'ai décidé de travailler sur le thème du handicap psychique dit stabilisé. Le handicap psychique est considéré stabilisé lorsque le malade, s'il suit un traitement régulièrement ajusté, ne connaît plus de périodes de « crise », susceptibles d'engendrer violence et danger pour autrui, mais également pour lui-même. Cette stabilisation permet à l'individu de s'extraire du milieu hospitalier dans lequel les soins sont très largement prédominants pour découvrir un quotidien où se mêlent soins et activités diverses. L'individu sort alors du domaine sanitaire pour entrer dans le milieu médico-social.

Cependant, il faut garder à l'esprit l'hétérogénéité de la population des personnes handicapées psychiques stabilisées. En effet, celles-ci peuvent plus ou moins s'épanouir dans différents établissements médico-sociaux en fonction du degré et de la nature de leur pathologie.

Compte tenu de l'existence sur mon lieu de stage, le Centre Hospitalier (CH) de La Réole, d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour adultes handicapés psychiques stabilisés de 22 places et d'un projet d'extension de cette structure visant à proposer un total de 75 places (dont une place d'accueil de jour et deux d'hébergement temporaire), je me suis intéressé à la volonté d'accroître et de diversifier l'offre afin de mieux prendre en compte les besoins de cette population. Pour ce faire, j'ai centré mon analyse sur le projet d'extension.

Tout au long d'une carrière de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, il est nécessaire de savoir adapter l'offre de la structure que l'on dirige à l'évolution des besoins. Il est ainsi peu probable de n'avoir jamais à mener un projet de création ou d'extension, dans le sens d'un meilleur service rendu aux personnes accueillies. Ce thème de mémoire, cette problématique, sont donc au cœur même du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Par ailleurs, un projet d'extension de cette ampleur recouvre des dimensions stratégique, managériale, ressources humaines, qualité, architecturale, financière, organisationnelle..., autant de domaines qu'un directeur se doit de maîtriser.

En ce qui concerne cette étude, l'analyse de l'ensemble des données que j'ai pu collecter amène à se poser une question centrale : dans l'intérêt des personnes accueillies et à accueillir, pourquoi le Centre Hospitalier de La Réole propose t-il une augmentation aussi considérable de sa capacité d'accueil en FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés, extension comprenant notamment de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour ?

Cette question est de nature complexe. Néanmoins, plusieurs hypothèses peuvent dès à présent être émises :

- l'augmentation de capacité peut être due au constat d'un manque de places d'accueil sur le territoire pour la population visée ;
- l'extension de la structure peut être susceptible d'amener une amélioration du service rendu aux personnes actuellement hébergées au FAM du Centre Hospitalier de La Réole ;
- l'extension peut créer les conditions d'une meilleure prise en charge des personnes hébergées en CHS bénéficiant d'une orientation FAM ;
- ce développement du secteur du handicap psychique adulte peut répondre à une stratégie du CH de s'orienter toujours davantage vers le secteur médico-social.

Le travail effectué repose systématiquement sur ces hypothèses de départ. Elles constituent par conséquent le « fil rouge » de ce mémoire.

Il est maintenant temps d'exposer la méthodologie de recherche utilisée pour répondre au questionnement central et tester les hypothèses posées.

Pour ce faire, je me suis en premier lieu appuyé sur la lecture de textes légaux et réglementaires, d'ouvrages, de périodiques, de rapports et d'enquêtes afin de parfaire ma connaissance de l'actualité du sujet traité et de mettre en perspective l'évolution des approches qui se sont succédées.

Concernant l'aspect politique aux niveaux national, régional et départemental, je me suis notamment procuré le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (PPSM) 2005-2008, le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2007-2011, et le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées de la Gironde 2007-2011, lesquels ont constitué une aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.

Au plan local, j'ai principalement étudié les projets d'établissement et rapports d'activité des structures du territoire concernées par la problématique, dans le but de cerner au mieux tous les intérêts propres à chacun.

J'ai ensuite procédé à un examen de l'existant en lien avec une étude de terrain. En effet, ma démarche repose fortement sur des investigations.

Celles-ci se traduisent tout d'abord par des entretiens semi-directifs² menés auprès de divers professionnels :

- Monsieur P., cadre de santé du FAM jusqu'en février 2008, rédacteur du projet d'extension ;
- Madame L., cadre de santé du FAM depuis février 2008 ;
- Monsieur L., directeur d'un FAM pour adultes polyhandicapés et adultes autistes dans un département voisin ;
- Madame B., directrice des soins du Centre Hospitalier de Cadillac³, établissement « partenaire » du projet d'extension ;
- Docteur B., psychiatre et chef de service au Département de l'Information Médicale du CH de Cadillac ;
- Monsieur M., directeur du Centre Hospitalier de La Réole jusqu'en janvier 2008.

² Le guide d'entretien est placé en annexe I.

³ Le CH de Cadillac, sans être CHS, est néanmoins spécialisé en psychiatrie.

Je me suis également basé sur une observation non-participante de multiples situations rencontrées au cours de visites dans plusieurs établissements :

- FAM pour adultes handicapés psychiques du CH de La Réole ;
- FAM pour adultes handicapés psychiques de l'Hôpital Local de Monségur ;
- CH de Cadillac ;
- FAM « La Résidence d'Olt » de Villeneuve sur Lot.

Ces nombreux éléments se retrouvent tout au long de la rédaction de ce mémoire afin de donner constamment le meilleur éclairage possible, ceci dans une volonté d'ancrage permanent aux réalités du terrain.

Dans une première partie, il conviendra de s'intéresser au handicap psychique, récemment reconnu en France, et par là même d'effectuer quelques rappels sur l'évolution de la psychiatrie, sur les possibilités existantes de prise en charge des malades, tout en en précisant certains contours légaux et réglementaires.

Ensuite, dans une deuxième partie, il sera nécessaire d'examiner la situation actuelle du FAM du CH de La Réole et de son environnement pour aboutir à la mise en perspective d'un « état des lieux » objectif.

Enfin, dans une troisième partie, il faudra analyser le projet d'extension du FAM afin d'émettre diverses propositions visant à améliorer la prise en compte des besoins des adultes handicapés psychiques stabilisés.

1 LE HANDICAP PSYCHIQUE, UNE RECONNAISSANCE RÉCENTE EN FRANCE

Dans cette première partie, il est utile, avant d'aborder le cœur de notre problématique, de s'intéresser au handicap psychique. En effet, il est important de définir dès à présent précisément ce dont ce mémoire va traiter.

Pour ce faire, il faut en premier lieu éclaircir la notion de handicap psychique.

Ensuite, dans un deuxième temps, il sera nécessaire d'indiquer l'hétérogénéité des modes de prise en charge existants aujourd'hui pour les adultes handicapés psychiques.

Enfin, dans le but d'être le plus précis possible, il conviendra d'aborder des éléments majeurs du cadre légal et réglementaire dans lequel les personnes handicapées psychiques et les structures les accueillant évoluent.

1.1 La notion de handicap psychique

Afin de clarifier ce qu'est le handicap psychique, un rappel du lien historique entre le domaine de la psychiatrie et cette forme de handicap s'avère un préalable indispensable. Une définition du handicap psychique pourra alors être proposée. Puis il faudra approfondir ce concept en démontrant son caractère protéiforme, mais également la similarité de ses conséquences. Enfin, il sera intéressant de l'illustrer par quelques données chiffrées.

1.1.1 Historique de la psychiatrie

Il s'agit ici d'effectuer un rappel succinct de l'histoire de la psychiatrie, sans aucune volonté d'exhaustivité. L'objectif est simplement de mettre en perspective les principales évolutions qui ont marqué ce domaine, d'une incompréhension totale à une connaissance partielle des maladies, afin de mieux cerner les dimensions de notre problématique.

L'histoire de la psychiatrie débute dès l'antiquité. Dans le monde assyro-babylonien et chez les hébreux, la maladie, physique ou psychique, résulte d'un péché, et en représente la punition : il y a assimilation de la folie et de la faute, de la maladie et de l'impureté, de la déraison et du péché, et de ce fait tendance à confondre le châtement et le remède, avec l'idée d'une pénitence purificatrice forcée. En effet, on peut lire dans le

Deutéronome⁴, chapitre XXVIII (28 : 15 et 28 : 28) : « *Si vous ne voulez point écouter la voix du Seigneur votre Dieu, et que vous ne gardiez et ne pratiquiez pas toutes ses ordonnances et les cérémonies que je vous prescris aujourd'hui, toutes ces malédictions fondront sur vous, et vous accableront* ». Parmi les malheurs annoncés, on trouve : « *Le Seigneur vous frappera de frénésie, d'aveuglement et de fureur* », également traduit par « *de folie, de cécité et d'égarement d'esprit* ».

Dans le monde grec et romain, la santé est fonction de l'équilibre des humeurs, et la pathologie, notamment psychique, dépend des variations du milieu intérieur. La théorie humorale est établie par HIPPOCRATE, quatre siècles avant J.-C. Dans ce système où il n'y a pas de différence entre les maladies du corps et celles de l'esprit, la maladie est liée à un déséquilibre des humeurs⁵ (ou dyscrasie). Trois grandes catégories de maladies mentales sont distinguées :

- Phrénétis (délire aigu fébrile accompagné de fièvre) ;
- Manie (agitation sans fièvre) ;
- Mélancolie (trouble chronique sans agitation ni fièvre).

L'hystérie est également repérée, mais ne constitue pas une maladie mentale, la cause supposée étant la migration de l'utérus desséché par la chasteté.

D'un point de vue thérapeutique, la Grèce conserve des rites magiques : le dieu de la médecine, ASCLÉPIOS (ESCULAPE chez les Romains) est vénéré dans de nombreux temples. Toutefois, des traitements médicaux commencent à voir le jour. Le rôle du médecin est alors de chercher à restaurer l'équilibre (alimentation, diète, exercices physiques, saignées, bains...). Ces méthodes vont constituer la base du traitement de la folie pendant près de deux millénaires. Mais celles-ci apparaissent très contrastées : quand ASCLÉPIADE propose l'hydrothérapie, la musique, la gymnastique et le massage, CELSE présente des chaînes, le fouet, l'inanition et la douche froide⁶.

Enfin, le droit romain institue l'incapacité de l'aliéné : le « *mente captus* » est toujours incapable, le « *furiosus* » reste capable dans des moments de lucidité. Il existe un curateur des fous. Les aliénés inoffensifs demeurent en famille, tandis que les dangereux sont détenus.

⁴ Cinquième livre du Pentateuque, code de lois civiles et religieuses, charte de la réforme religieuse de JOSIAS (622 avant J.-C.).

⁵ GALIEN élabore une théorie rapprochant les quatre humeurs repérées par HIPPOCRATE de tempéraments : le sang serait responsable du tempérament sanguin, la bile jaune favoriserait la colère, la bile noire engendrerait la mélancolie, et le phlegme entraînerait un tempérament flegmatique.

⁶ Aurelius Cornelius CELSUS, dit CELSE. *Traité de médecine d'A.-C. Celse*. pp.174-181.

Au Moyen Âge, la vision qui prévaut dans la société est que la folie est la manifestation d'un péché, une punition divine, voire le signe d'une possession démoniaque. Le remède est donc le recours aux prêtres pour l'exorcisme, et aux saints au travers de pèlerinages. En vertu du droit romain, la justice peut prononcer l'incapacité d'un sujet pour cause de folie. Les fous dangereux sont enfermés dans des cachots, tandis que les familles ont l'obligation d'assurer la garde des fous inoffensifs.

En ce qui concerne les fous qui vagabondent, ils sont expulsés d'une ville à l'autre.

La période de la Renaissance est marquée par l'apogée puis par la fin de l'inquisition. Le guide des inquisiteurs (*Malleus Maleficarum*), utilisé dès 1486, affirme l'identité commune de la sorcellerie, de l'hérésie et de la folie. Il faudra attendre 1682 pour qu'un édit royal mette fin aux poursuites pour faits de sorcellerie : c'est l'abandon de la démonologie dans la perception de la folie.

Aux XVII et XVIII^{ème} siècles, de grandes institutions voient le jour. Ainsi, l'hôpital général est établi par un édit royal de 1656. Il est destiné aux mendiants et aux invalides. Des espaces spécifiques y sont réservés aux fous, mal supportés par les autres personnes recueillies. Cet « hôpital » est à entendre comme un lieu d'hébergement forcé, assurant vivre et couvert à une population misérable, mais la privant de sa liberté. Dans le même temps sont apparues les maisons religieuses spécialisées et les maisons de santé privées. Les Hôtels Dieu se développent.

On assiste à une médicalisation progressive des soins aux insensés, basée sur un double postulat :

- la folie est médicalement curable, et le but du traitement est la guérison ;
- les fous doivent être traités par des moyens physiques.

Le traitement, davantage centré sur les troubles que sur la personne malade, consiste pour l'essentiel en saignées, bains, purges, et douches.

Des événements importants se sont déroulés au cours de la période 1780-1802, provoquant de profonds changements dans l'appréhension de l'aliénation et de son traitement, mais aussi dans l'organisation des établissements destinés aux malades. On retiendra notamment :

- 1781 : création d'un poste de médecin inspecteur des maisons d'aliénés à Paris ;
- 1785 : diffusion de *l'Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*, écrite par COLOMBIER et DOUBLET ;
- 1793 : nomination de Philippe PINEL comme médecin des infirmeries de Bicêtre ;

- 1801 : parution du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* de Philippe PINEL. Les principales idées de cet ouvrage sont la spécialisation de la médecine mentale au sein de la médecine, la simplification et la rationalisation de la classification (un trouble unique, l'aliénation mentale⁷), et la création d'institutions spécialisées pour le traitement⁸ ;
- 1802 : fermeture définitive des salles de fous et de folles de l'Hôtel Dieu de Paris. Naissance des asiles, où seront exclusivement soignés toutes les formes de l'aliénation mentale et tous les aliénés, par ou sous la direction d'un médecin spécial : l'aliéniste.

Au XIX^{ème} siècle, la médicalisation de la prise en charge et du traitement des malades se généralise. Des asiles sont construits dans la majorité des départements avant et surtout après la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Celle-ci ne sera réformée qu'en 1990.

Il est aussi intéressant de noter que le Code Pénal de 1810, en son célèbre article 64, affirme le principe de l'irresponsabilité du criminel en état de démence au moment de l'acte.

C'est alors le début du « grand renfermement » : les hospitalisations de fous se multiplient. Cependant, des critiques à l'encontre de cette séquestration commencent à apparaître dès la fin du siècle.

Se développent également la nosologie et la clinique psychiatrique. PINEL distingue la manie (délire général), la mélancolie (délire exclusif ou partiel), la démence (abolition de la pensée) et l'idiotisme (oblitération des facultés intellectuelles et affectives). ESQUIROL, l'un de ses élèves et inspirateur de la loi de 1838, approfondira ces concepts en segmentant la mélancolie en lypémanie (délire triste) et monomanie (délire gai), et l'idiotisme en idiotie (arriération mentale profonde) et imbécillité (arriération mentale moyenne).

La vision homogène d'une aliénation mentale laissera place en 1864 à la notion hétérogène de maladies mentales, établie par FALRET.

Au XX^{ème} siècle, les asiles s'ouvrent progressivement. Ils deviennent hôpitaux psychiatriques en 1937, avant d'être dénommés Centres Hospitaliers Spécialisés.

La psychiatrie « hors les murs » se développe avec des dispensaires et des cabinets privés. L'analyse Freudienne étend son influence.

⁷ L'aliénation mentale est présentée comme une maladie différente de toutes les autres. Elle se compose de quatre expressions symptomatiques : manie, mélancolie, démence et idiotisme.

⁸ Le traitement implique notamment l'isolement du malade.

Concernant l'aspect thérapeutique, cette première partie de siècle est marquée par la découverte de traitements enfin efficaces. On peut ainsi tout d'abord citer la mise au point de la méthode d'impaludation ou malariathérapie par VON JAUREGG en 1917, dans le cadre du traitement de la paralysie générale. Entre 1932 et 1938, c'est l'apparition des méthodes de choc pour lutter contre la schizophrénie. La cure insulinique, ou cure de SAKEL, du nom de son inventeur, est utilisée dès 1932 et restera jusqu'à la découverte des neuroleptiques 20 ans plus tard la méthode biologique la plus courante. En 1936, la convulsivothérapie⁹ de VON MEDUNA, produira des résultats intéressants, en particulier dans le cas des dépressions. En 1938, la convulsivothérapie devient électrique avec l'utilisation des électrochocs¹⁰ par CERLETTI. Un autre procédé, la psychochirurgie¹¹, complètement abandonné de nos jours, est créé en 1936 par MONIZ.

Pendant la seconde guerre mondiale, les privations ont été directement ou indirectement à l'origine du décès d'environ 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux français¹². À la Libération, la mise en cause du système concentrationnaire et l'évolution des mentalités conduisent à une nouvelle politique de soins. C'est la naissance de la psychothérapie institutionnelle contre la ségrégation et la concentration : l'institution est thérapeutique, mais uniquement si elle est organisée en lieu de parole et si le patient est pris dans un réseau relationnel. La relation mobilise, la structure fige, d'où la nécessité de créer des espaces intermédiaires.

En ce sens, la circulaire du 15 mars 1960 institue la sectorisation et insiste sur l'importance de la prévention, de l'accessibilité et de la continuité des soins.

La loi du 3 janvier 1968 sur la protection des incapables majeurs dissocie capacité civile et hospitalisation. Auparavant, en effet, la loi de 1838 protégeait automatiquement les malades internés durant toute la durée de leur séjour par la nomination d'un administrateur provisoire.

⁹ Il s'agit à l'origine d'une injection intraveineuse d'huile camphrée, remplacée par la suite par un dérivé synthétique : le Cardiazol (on parle aussi de choc au Cardiazol). Ce procédé déclenche une crise d'épilepsie en quelques secondes.

¹⁰ Cette méthode est encore utilisée aujourd'hui dans des cas de dépression majeure, résistante aux autres traitements et faisant courir un risque vital au patient.

¹¹ Le but est de détruire des zones du cortex préfrontal ou de supprimer des connexions intracérébrales par section chirurgicale de fibres thalamofrontales. Cette méthode est également appelée lobotomie.

¹² MASSÉ G., CHALEIX M., COLDÉFY M., et al. *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). pp. 131-132.

Enfin, la loi 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, réformant la loi de 1838, vise à mieux protéger les libertés et les droits des malades. Elle établit divers principes, notamment la prévention, les prises en charge ambulatoires et pose l'hospitalisation libre comme règle générale.

Au niveau thérapeutique, cette période d'après-guerre est dominée par l'apparition de la psychopharmacologie. Ainsi, en 1952, DELAY et DENIKER découvrent les effets antipsychotiques de la Chlorpromazine, chef de file des neuroleptiques. Ce traitement, d'un emploi plus aisé que les méthodes de choc, modifie en profondeur la vie des hôpitaux et des malades mentaux, puisqu'il permet à ces derniers de se mouvoir et de sortir de l'institution. Il renforce également la médicalisation des soins en psychiatrie. Dans les années 1950 encore sont mis au point les premiers antidépresseurs, hypnotiques et tranquillisants.

1.1.2 Essai de définition du handicap psychique

D'un point de vue étymologique, le mot « handicap » est d'origine irlandaise. Il vient de « hand in cap » (la main dans le chapeau), qui désigne le tirage au sort dans un jeu de hasard sur les champs de course. Le handicap fait ensuite référence à la compensation de différences de poids ou de capacités, entre concurrents dans une course ou au golf.

Ce mot est apparu dans la législation française avec la loi du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés puis avec la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées.

Il s'agit d'un terme générique englobant des difficultés de natures (handicap physique, sensoriel, mental, psychique...), de configurations (surhandicap, handicaps associés, polyhandicap, multihandicap...), et de causes très diverses (organiques, psychologiques, socioéconomiques et culturelles...).

En conséquence, le handicap est une notion relative et variable recouvrant une situation évolutive et des réalités différentes. Ainsi, le handicap ne peut être appréhendé qu'en relation avec l'état de la société à un moment donné.

Datant des années 1970, le terme de handicap mental a concerné à l'origine l'ensemble des déficiences intellectuelles, avant d'être élargi par la suite à d'autres affections mentales générant des états déficitaires.

Toutefois, de nombreuses confusions existent toujours entre les notions de handicap mental, de maladies mentales, et de handicap psychique. C'est pourquoi les définitions suivantes seront retenues dans ce mémoire :

- Le handicap mental s'entend comme l'arrêt du développement intellectuel. Peu ou pas médicalisé, il se caractérise par une stabilité comportementale et une bonne adaptabilité à des tâches ou des événements répétitifs, et une autonomie sociale limitée.
- Le concept de handicap psychique auquel est associée une souffrance psychique est la conséquence d'une maladie mentale. Si les personnes handicapées psychiques conservent toute leur intégrité intellectuelle, celle-ci peut être néanmoins altérée ou ralentie dans son expression lors des phases aiguës de la maladie.
- Les maladies mentales, qui présentent un caractère évolutif, peuvent faire l'objet d'une certaine stabilisation, sans que pour autant la guérison soit acquise. Elles sont à l'origine d'un handicap en termes d'intégration dans la vie sociale, handicap qui doit être reconnu en tant que tel.

C'est là le sens du combat mené par l'UNAFAM¹³, notamment via le Livre Blanc des partenaires de santé mentale en France (juin 2001) : faire reconnaître la spécificité du handicap psychique et des difficultés rencontrées par les personnes atteintes et leurs familles.

C'est dans cet ouvrage que la notion de handicap psychique a été utilisée pour la première fois. Auparavant, diverses appellations coexistaient dans les différents travaux consacrés à ce thème : « *souffrance psychique invalidante* », « *personne psychologiquement fragilisée* », « *personne handicapée par la maladie mentale* », « *situation de handicap du fait de troubles psychiques* »...

L'objectif de l'UNAFAM était de faire entrer le problème des conséquences d'une maladie mentale stabilisée sur l'intégration sociale des personnes dans la sphère du handicap et de sa compensation, ceci afin qu'il soit mieux connu et donc mieux traité au sein de la collectivité nationale.

Dans un souci de précision, Jean-Marc BOTTA¹⁴ propose de parler de « *situation de handicap pour une personne présentant une ou des déficiences ainsi qu'une incapacité particulière liée à une affection psychiatrique stabilisée* ».

¹³ Union Nationale des Familles de Malades mentaux.

¹⁴ BOTTA J.-M., BAPTISTE R., ARNAUD M., et al. *Handicap psychique. De la reconnaissance aux réponses de terrain*. CREA Rhône-Alpes, juin 2007, n°139. pp. 4-8.

Selon cet auteur, le handicap mental est un trouble du développement des fonctions intellectuelles (ou cognitives). Il a été mis en lumière par Alfred BINET, lequel a élaboré un test destiné à mesurer l'intelligence, dont le résultat est le quotient intellectuel.

Les déficients intellectuels ne sont généralement pas touchés par la maladie mentale. Par contre, les maladies mentales peuvent entraîner un déficit dans le développement des fonctions intellectuelles, ce qui complexifie la distinction entre ces deux handicaps.

Jean-Marc BOTTA propose ainsi de définir le handicap psychique comme « *la limitation ou la restriction de participation subie par une personne en raison d'une altération substantielle de ses fonctions psychiques par le fait d'une affection psychiatrique survenue à un moment antérieur de sa vie* ».

Enfin, l'UNAFAM précise que « *les personnes handicapées psychiques sont à la fois malades et en situation de handicap (...). Pour ces personnes, la maladie mentale et le handicap sont inséparables* »¹⁵.

Cette altération des fonctions psychiques, qui entraîne une situation de handicap pour la personne, est à présent reconnue dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il s'agit là d'un élément essentiel que nous développerons plus loin dans cette première partie.

1.1.3 Une notion hétérogène, mais des conséquences similaires

Parmi les troubles affectant le plus souvent le fonctionnement psychique et pouvant générer une situation de handicap psychique, Jean-Marc BOTTA propose de repérer quatre catégories principales :

- les psychoses, et plus particulièrement la schizophrénie, qui se caractérisent par des perturbations du rapport au monde et à soi-même en affectant la communication avec autrui, ainsi que la perception et le sens de soi ;
- les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs ;
- les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) graves se traduisant par des actes répétitifs irrépessibles et par des rituels prolongés et épuisants ;
- les phobies et les troubles anxieux.

¹⁵ Jean CANNEVA. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. UNAFAM, Mai 2003.

Toutefois, d'autres affections mentales ont de graves conséquences en termes de handicap : l'autisme et les syndromes autistiques, les syndromes frontaux, séquelles de traumatismes crâniens, la maladie d'Alzheimer et démences apparentées...

Ce qui est commun aux personnes handicapées psychiques ne sont pas les symptômes propres aux quatre grands groupes de maladies mentales, mais les manifestations particulières que ces atteintes entraînent tant au plan du vécu personnel que dans leurs relations aux autres. En effet, ce sont bien ces manifestations particulières, conséquences de leurs pathologies initiales, qui vont handicaper ces personnes dans les situations qu'elles rencontrent au quotidien.

Ainsi, il est utile de mettre en avant des caractéristiques liées au handicap psychique. Deux éléments majeurs sont ici à remarquer :

- Ces personnes n'ont le plus souvent aucun stigmate physique : les troubles qui affectent et handicapent la personne sont invisibles. Rien dans la présentation extérieure, l'élocution ou le vocabulaire ne les laisse transparaître.
- Ces personnes ont des capacités intellectuelles normales, voire élevées ou supérieures (au contraire du handicap mental), avec cependant quelques faiblesses dans la mise en œuvre de ces capacités : fatigabilité, difficulté de concentration, manque de rapidité, qui peuvent se traduire à certains moments et selon les cas par une performance moindre.

Dans le champ des relations humaines, il existe chez ces personnes une fragilité psychologique, se manifestant par une représentation de soi et/ou de ses propres capacités faussée, peu valorisée ou dégradée, ou à l'opposé surestimée, engendrant souvent une grande susceptibilité aux remarques d'autrui. Elles vivent alors une véritable situation de détresse les conduisant soit dans une position de repli soit dans des réactions agressives.

Au plan du vécu subjectif, c'est surtout un sentiment de honte (voire de culpabilité) qui est prédominant. Ceci engendre un déni de la pathologie antérieure et un refus des médicaments, des traitements, ou d'une consultation spécialisée.

Par ailleurs, il faut préciser que la maladie psychique, à l'origine des troubles et du handicap, se déclare le plus souvent à l'adolescence ou chez de jeunes adultes, sans distinction de milieu d'appartenance sociale ou de culture.

En ce qui concerne la famille, toute situation de handicap bouleverse les équilibres familiaux et oblige à réorganiser la vie quotidienne. Dans le cas particulier du handicap

psychique, la maladie introduit des relations complexes entre la personne et son entourage. Ses spécificités, la grande variété des situations et la grande variabilité de chacune d'elles supposent des ajustements constants de la part de la famille.

Par ses caractéristiques, le handicap psychique se distingue fortement des autres formes de handicap, il appelle de ce fait des réponses spécifiques et adaptées.

1.1.4 Quelques chiffres

Afin d'illustrer les propos précédents, il convient à présent de prendre connaissance de quelques chiffres relatifs au handicap psychique.

Dans ce cadre, il apparaît que le chiffrage de la prévalence (c'est à dire l'estimation du nombre de personnes concernées dans leurs difficultés par l'existence du handicap psychique) est complexe à réaliser.

Le Conseil Économique et Social Régional (CESR) Rhône-Alpes, dans un avis¹⁶ publié en 2005, a noté à ce sujet divers éléments que je vais reprendre ici.

« S'agissant du handicap psychique, le CESR ne peut que souligner la quasi inexistence de l'appareil statistique et les difficultés pour obtenir des données permettant d'avoir une vue globale et une approche régionale. Les difficultés d'une telle approche statistique trouvent, il est vrai, leur explication dans plusieurs causes :

- *le caractère déclaratif des données ;*
- *la pudeur des personnes et le déni de la maladie (...)* ;
- *les confusions entre maladie et handicap, entre handicap d'origine psychique et handicaps ayant d'autres origines (maladie invalidante, lésions cérébrales...)* ;
- *les différences observées dans les méthodes de comptage des files d'attente des établissements ».*

Cependant, divers documents peuvent nous permettre de parfaire notre connaissance statistique du handicap¹⁷.

¹⁶ Conseil Économique et Social Régional Rhône-Alpes. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle*. Rapport n°2005-03. p. 10.

¹⁷ L'enquête HID (Handicap – Invalidité – Dépendance) réalisée par l'INSEE entre 1988 et 2001 a largement contribué à l'amélioration de la connaissance du handicap en France.

Au niveau international, la plupart des études réalisées sur la santé mentale font apparaître une prévalence de la schizophrénie stable dans la population totale : environ 1% de personnes touchées.

De son côté, le Livre Blanc des partenaires de santé mentale indique que le handicap psychique concernerait au moins 600 000 familles en France.

Dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (PPSM) 2005-2008, nous trouvons les informations suivantes :

« On peut considérer qu'il y aurait entre 300 000 et 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques en France dont 200 à 250 000 schizophrènes. La prévalence globale des troubles dépressifs en population générale quelle qu'en soit la nature est estimée à 12% (...). Le trouble panique a une prévalence sur la vie de 1,5% en population générale ; elle s'élève à 4% pour l'ensemble des phobies. La prévalence sur la vie des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) est estimée à 2% tandis que l'état de stress post-traumatique concerne 0,5% de la population »¹⁸.

Dans le rapport précité du CESR, la remarque suivante est faite :

« L'absence de données statistiques fiables et cohérentes sur le handicap psychique et plus généralement sur la maladie mentale conduit le CESR à s'interroger sur les propositions formulées dans ce domaine par la documentation de planification et sur les données quantitatives sur lesquelles elles se fondent »¹⁹.

Ce constat sans appel vient certainement « handicaper » l'assise même de la planification. Connaître le plus précisément possible le nombre des personnes handicapées psychiques permettrait en effet de prévoir la quantité de dispositions et de mesures qui seraient à prendre pour leur offrir un éventail de réponses au moins ajustées en nombre et donc en volume financier.

1.2 Les prises en charge du handicap psychique

Dans le but de mettre en lumière la diversité existante des modes de prises en charge pour les personnes adultes handicapées psychiques, il est au préalable nécessaire d'insister sur le fait que celles-ci ne sont pas atteintes d'une pathologie unique et uniforme. En effet, il existe de nombreuses maladies mentales entraînant des incapacités,

¹⁸ Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*. p. 92.

¹⁹ Conseil Économique et Social Régional Rhône-Alpes. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle*. Rapport n°2005-03. p. 11.

des déficiences, des handicaps de degrés différents. La personne malade sera donc plus ou moins autonome, capable de vivre seule dans la cité.

Ce n'est qu'ensuite qu'il conviendra de proposer une typologie des établissements ou services intervenant dans la prise en charge de ces personnes, en précisant chaque fois quelles sont les caractéristiques du public visé.

1.2.1 Des incapacités différentes

En 1981, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) rendait publique une classification internationale des handicaps²⁰ (CIH). Il s'agit d'un modèle d'analyse de toute situation de handicap, communément attribué à Philip WOOD.

Ce schéma est construit autour de trois éléments, lesquels sont distincts de la maladie d'origine :

- La déficience
Elle correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. L'aspect est lésionnel.

- L'incapacité
Elle se traduit par toute réduction résultant d'une déficience, partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. Nous avons là l'aspect fonctionnel de la situation de handicap, au niveau de la personne, dans toutes ses composantes physiques ou psychiques.

- Le désavantage social
Pour un individu donné, il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels). Dans ce cadre, le désavantage (et donc la situation concrète de handicap) provient de l'interaction entre la personne porteuse de déficiences ou d'incapacités et son environnement. Il peut être temporaire ou permanent, réversible ou non, progressif ou régressif.

²⁰ OMS, INSERM, CTNERHI. *Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Publications du CTNERHI, diffusion PUF, 203 p.

Ces trois dimensions sont étroitement liées, mais leur intensité respective n'est pas nécessairement comparable et peut considérablement varier d'une personne à l'autre, en fonction de son histoire et de son environnement notamment. En outre, pour une personne donnée, l'intensité de chacun des trois éléments peut également se modifier dans le temps.

Dans son rapport à Madame la Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées datant de 2002, Michel CHARZAT souligne qu'en France, le terme de « handicap » s'applique autant au désavantage social qu'à l'ensemble du processus tel que défini dans le schéma de WOOD.

Par ailleurs, dans ce même rapport, Michel CHARZAT note que, dans les mentalités, les représentations du handicap évoluent moins rapidement que dans les modèles théoriques. Il met plus particulièrement l'accent sur les points suivants :

- « - *On se représente encore souvent le handicap comme un attribut fixe et matérialisé de la personne : le fauteuil roulant, la canne blanche, ou des traits particuliers du visage. De ce fait, les handicaps « invisibles » restent très méconnus (...) ;*
- *On oppose encore souvent maladie et handicap : par exemple, un malade mental n'est pas un handicapé, et un handicapé mental n'est pas malade. Cette représentation réductrice peut amener à de véritables dénis de droits (...) ;*
- *On définit encore souvent le handicap par sa cause (...) »*²¹.

En mai 2001, l'OMS a adopté une nouvelle version de la classification internationale des handicaps, désormais appelée « Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé » (CIF). L'objectif est d'éviter de stigmatiser la personne handicapée en soulignant ses manques, en faisant au contraire apparaître son mode de fonctionnement, sa participation sociale et le rôle de son environnement.

En effet, l'approche du handicap selon WOOD a été critiquée du fait de la mise en avant de l'aspect fonctionnel au détriment de l'aspect social.

Dans la CIF, le handicap peut être défini comme la rencontre entre une déficience et une situation de la vie quotidienne. Ces deux composantes sont soumises à l'influence de problèmes de santé (maladies, lésions...) et de facteurs contextuels (environnement et facteurs personnels).

²¹ M. CHARZAT. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Rapport parlementaire. Mars 2002. p. 24.

Il est temps à présent de tenter de repérer les déficiences psychiques. Pour cela, nous utiliserons ici le Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées²², lequel propose les critères principaux suivants :

- Troubles de la volition : impossibilité d'agir par incapacité à vouloir et décider, négativisme, ou au contraire incapacité à s'empêcher d'agir, compulsions obsessionnelles ;
- Troubles de la pensée : pensées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur ou appauvrissement de la pensée, délire ;
- Troubles de la perception : hallucinations, déréalisation ;
- Troubles de la communication et du langage, repli autistique ;
- Troubles du comportement : agitation, agressivité contre soi et contre les autres, rites obsessionnels, phobies ;
- Troubles de l'humeur : troubles dépressifs ou états maniaques, c'est-à-dire états d'excitation ou d'agitation psychomotrice ;
- Troubles de la conscience et de la vigilance ;
- Troubles intellectuels : difficultés de conceptualisation et d'abstraction, troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale ;
- Troubles de la vie émotionnelle et affective : anxiété, angoisse, indifférence, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère ;
- Expressions somatiques : somatisations, plaintes, altération de l'état général.

Ces déficiences sont à l'origine de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne (habillement, toilette, déplacements, cuisine, courses...), mais aussi dans les relations sociales et le monde du travail. Elles peuvent être plus ou moins compensées par la personne, aidée par son entourage, et affecter à des degrés divers la vie sociale et professionnelle ainsi que l'autonomie personnelle.

Cette défaillance des fonctions psychiques, source de handicaps, a de multiples causes : maladies mentales le plus souvent, mais également maladies neurologiques, traumatismes cérébraux, intoxications chroniques, anomalies génétiques...

En conséquence, s'il est vrai qu'il existe une très forte variété de symptômes et d'affections, une grande variabilité de la gravité des troubles et de leur évolution dans le temps, il n'en demeure pas moins que les difficultés rencontrées par les personnes sont communes. Michel CHARZAT écrit à ce sujet dans le rapport susmentionné : « les

²² Annexe 2-4 à la Partie Réglementaire du Code de l'Action Sociale et des Familles.

déficiences et incapacités ne sont pas semblables, mais les conséquences sociales sont du même ordre »²³.

1.2.2 De nombreux modes de prise en charge

La nature même du trouble psychique implique une échelle de gravité pouvant aller de l'autonomie complète à la dépendance totale. En outre, l'évolution des traitements permet davantage de soins en ambulatoire et une diminution des lits d'hospitalisation. Il s'ensuit que l'articulation entre services ou établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires constitue un enjeu majeur pour le bien-être des personnes malades, comme pour leur famille. Ces multiples structures doivent être adaptées à l'état de la personne handicapée psychique accueillie.

Ainsi, nous allons présenter ici les divers modes de prises en charge existants pour ces personnes, en nous appuyant notamment sur une typologie d'établissements et services publiée dans un numéro de la revue *Pluriels* de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale²⁴.

En ce qui concerne le secteur sanitaire, outre le Centre Hospitalier Spécialisé dont le rôle n'est pas de conserver en son sein des personnes handicapées psychiques stabilisées, nous pouvons citer :

- L'accueil familial thérapeutique : les placements peuvent être intermittents, temporaires ou permanents. La population visée est celle des personnes pouvant tirer bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable ;
- Appartement thérapeutique : c'est un hébergement temporaire dont le but est de favoriser la réadaptation du malade et faciliter sa réinsertion ;
- Foyer de post-cure : ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer après la phase aiguë de la maladie le prolongement des soins actifs. L'objectif demeure une réinsertion sociale et un retour à l'autonomie ;

²³ M. CHARZAT. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Rapport parlementaire. Mars 2002. p. 29.

²⁴ M.-C PONSSARD. *Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Île-de-France*. *Pluriels* n°65. Février 2007. pp. 2-6.

- Appartement associatif du secteur psychiatrique : le plus souvent, il s'agit d'un appartement ordinaire composé de plusieurs chambres individuelles. Il est destiné à des personnes psychotiques chroniques stabilisées, et vise à l'autonomisation des malades.

Pour ce qui est du secteur médico-social, nous retiendrons :

- Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) : il s'agit d'assister ou d'accompagner les adultes handicapés pour tout ou partie des actes essentiels de la vie. Il consiste en un accompagnement social en milieu ouvert et en un apprentissage de l'autonomie.
- Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) : il reprend les prestations d'un SAVS en y ajoutant des soins réguliers et coordonnés. L'accompagnement est médical et paramédical en milieu ouvert.
- Lit halte soins santé : c'est un hébergement temporaire d'une durée inférieure à deux mois, sous forme de structures de moins de 30 lits proposant des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, des prestations d'animation et d'éducation sanitaire. Le public visé est celui des personnes sans domicile dont la pathologie ou l'état général somatique et/ou psychique ne nécessite pas une prise en charge sanitaire ou médico-sociale spécialisée.
- Appartement de coordination thérapeutique : cet hébergement temporaire a vocation à fournir une coordination des soins, une aide à l'observance thérapeutique, un soutien psychologique, une aide à l'insertion sociale. Il est destiné aux personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical.
- Établissement Social d'Aide par le Travail (ESAT) : il offre des activités productives et un soutien médico-social à des adultes handicapés dont la capacité de travail ne dépasse pas un tiers de celle d'un travailleur valide. L'ESAT a une mission d'insertion sociale et professionnelle.
- Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés : il accueille les travailleurs handicapés exerçant en ESAT.
- Foyer de vie (également appelé foyer occupationnel) : il s'agit d'un hébergement définitif proposant des activités de détente et de développement personnel. Il concerne les personnes qui ne sont pas en mesure de travailler et qui ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour accomplir les actes de la vie quotidienne, mais ne nécessitant pas de surveillance ni de soins constants.
- Foyer d'accueil médicalisé : c'est un hébergement définitif accueillant des personnes nécessitant une surveillance médicale, des soins constants, et ayant

besoin de l'assistance au moins partielle d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie.

- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : ce mode d'hébergement définitif vise les personnes présentant des troubles psychiques déficitaires dont les troubles comportementaux sont stabilisés, mais ayant soit une perte d'autonomie pour les gestes de la vie quotidienne soit nécessitant une surveillance médicale et des soins constants.

Enfin, nous ne présenterons pas en détail dans ce mémoire les nombreuses structures relevant du secteur social car elles sont fortement éloignées de la population dépendante sur laquelle nous nous sommes centrés.

Nous évoquerons simplement le fait que quantité de personnes handicapées disposent d'une autonomie suffisante pour vivre dans des logements classiques au cœur de la cité.

1.3 Des éléments du cadre légal et réglementaire

Il n'est pas possible de bien comprendre toutes les composantes du thème de ce mémoire sans effectuer au préalable un rappel de quelques éléments du cadre légal et réglementaire dans lequel personnes malades, professionnels et institutions évoluent. Dans cette optique, nous allons plus particulièrement insister ici sur la politique de sectorisation psychiatrique et sur la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ainsi, la prise en charge actuelle des personnes handicapées psychiques est fortement marquée par la politique de sectorisation. En ce sens, la circulaire du 15 mars 1960 impose que chaque département détermine des circonscriptions géographiques à l'intérieur desquelles une équipe médico-sociale assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra et extra hospitalier, et la post-cure des malades.

À ce sujet, Magali COLDEFY écrit que « *la sectorisation s'est appuyée sur un double découpage, territorial et démographique : une équipe pluridisciplinaire est chargée d'assurer la continuité de la prise en charge, de la prévention à la réinsertion sur une aire géographique délimitée (le secteur) d'environ 70 000 habitants* »²⁵. Elle précise également que ce découpage a abouti à la création de secteurs de 200 lits pour une

²⁵ Magali COLDEFY. « Rappel historique de la prise en charge de la maladie mentale en France » in MASSÉ G., CHALEIX M., COLDEFY M., et al. *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. pp. 17-21.

population d'environ 67 000 habitants. De façon paradoxale, le cadre géographique devant mettre fin à l'asile a été construit en référence à l'hôpital.

En 2003, la France comptait 817 secteurs de psychiatrie générale, devant prendre en charge la population âgée de plus de 16 ans²⁶. Cependant, le découpage en secteur a été l'objet de nombreuses critiques. Ainsi, celui-ci n'est pas toujours fondé sur les besoins de la population et son évolution. Les secteurs apparaissent également très déséquilibrés en termes de moyens. En outre, le secteur privé et la médecine libérale ne sont pas intégrés dans la politique de secteur.

En particulier, c'est l'absence de recoupement avec les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux ou éducatifs qui est accusée d'entraîner des difficultés de coordination et de mettre en échec la continuité des soins. Il s'agit là d'un des principaux problèmes se posant en France : l'articulation entre structures psychiatriques et établissements et services médico-sociaux s'avère défailante du fait du cloisonnement de ces secteurs. Nous reviendrons sur ce point dans notre deuxième partie.

Depuis quelques années, le concept d'intersectorialité a néanmoins permis de dépasser les logiques territoriales pour offrir une prise en charge ciblée en direction de certaines pathologies ou populations.

De son côté, l'ordonnance n°2003-850 de simplification sanitaire du 4 septembre 2003 a unifié les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), le secteur psychiatrique devant dorénavant s'intégrer au territoire de santé.

Par ailleurs, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est essentielle, puisqu'elle consacre notamment la notion de handicap psychique. En effet, en son article 2, la loi énonce que : « *Constitue un handicap, au sein de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

La reconnaissance de cette spécificité témoigne d'une évolution de la conception du handicap depuis 1975. Ainsi, des personnes auparavant considérées comme des patients souffrant de troubles psychiques, nécessitant des soins de longue durée et pour lesquels une insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire n'était pas envisageable, sont devenus des individus handicapés psychiques.

²⁶ À la même date, la France disposait de 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour la population de moins de 16 ans.

2 EXAMEN DE LA SITUATION DU FAM DU CH DE LA RÉOLE ET DE SON ENVIRONNEMENT

Après avoir mise en avant la notion de handicap psychique dans la première partie de ce mémoire, il faut à présent dresser un « état des lieux », une photographie de la situation dans laquelle le FAM du CH de La Réole évolue. En effet, il est important d'établir un constat précis et complet avant d'aborder les détails de la concrétisation du projet d'extension.

Pour ce faire, il convient en premier lieu de présenter l'établissement lieu de stage, les principales structures voisines et les orientations politiques nationales, régionales et départementales.

Ensuite, il apparaîtra opportun de souligner que l'offre de prise en charge sur le département s'avère insuffisante et inadaptée pour la population des personnes handicapées psychiques stabilisées bénéficiant d'une orientation vers une structure médico-sociale.

2.1 L'établissement et son environnement

Afin de comprendre au mieux les enjeux liés au projet d'extension du FAM du CH de La Réole, il est indispensable de décrire les activités de l'établissement lieu de stage, mais également celles de certaines structures avoisinantes. Enfin, il sera nécessaire de replacer ces informations dans un contexte plus large, aux plans départemental, régional et national.

2.1.1 L'établissement lieu de stage

Le Centre Hospitalier de la Réole est un établissement public de santé situé dans le Sud-Gironde. Il dispose d'une capacité de 264 lits et places, répartis entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Plus particulièrement, en ce qui concerne le sanitaire, le CH de La Réole offre en court séjour un total de 40 lits de médecine et anesthésie ambulatoire, ainsi que 40 lits de moyen séjour, sous la forme d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Pour ce qui est du secteur médico-social, l'hôpital a créé un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de 88 lits, un Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (CEAP) de 26 places, et deux Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) destinés pour l'un aux adultes polyhandicapés (48 places) et pour le second aux adultes handicapés psychiques stabilisés (22 places).

Compte tenu du sujet de ce mémoire, le terme « FAM du CH de La Réole » sans autre précision désignera ce second FAM.

Afin de bien percevoir la situation locale, il est essentiel de se pencher sur le riche historique récent du Centre Hospitalier.

Ainsi, d'importantes restructurations sanitaires se sont déroulées depuis le début de la décennie :

- Le Centre Périnatal de Proximité a vu le jour suite à l'arrêt du service de maternité en avril 2001 ;
- Le service de chirurgie a fermé en décembre 2003 ;
- La reconversion des lits de maternité et de chirurgie a permis la création des services d'anesthésie ambulatoire et de soins de suite et de réadaptation en janvier 2004 ;
- Une antenne du service des urgences du CH de Langon a été mise en place début 2006.

Le secteur médico-social, quant à lui, s'est fortement modernisé et humanisé :

- Le Centre pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés a été créé en 1989. Il n'est aujourd'hui plus aux normes et est en cours de reconstruction ;
- Un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et un Foyer d'Accueil Médicalisé pour adultes polyhandicapés ont vu le jour en décembre 2000, permettant ainsi l'accueil d'une partie de la population auparavant hébergée dans l' « hospice » ;
- Enfin, le Foyer d'Accueil Médicalisé pour adultes handicapés psychiques stabilisés a ouvert ses portes en avril 2004, offrant une nouvelle structure aux derniers occupants de l' « hospice ».

Il est également très utile de détailler ici les divers projets architecturaux majeurs que le Centre Hospitalier mène ou prépare actuellement :

- Restructuration du CEAP : les travaux devraient débuter en septembre 2008 ;
- Rénovation du bâtiment principal de la médecine et du SSR prévue à compter de l'automne 2008 ;

- Construction d'une nouvelle cuisine centrale en lien avec la mairie de La Réole et la Communauté de communes du Réolais, sous la forme d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP) ;
- Démolition de l'ancienne maison de retraite (l'« hospice »), qui accueille encore dans une partie de ses locaux l'actuelle cuisine du Centre Hospitalier, et construction sur cet emplacement, attendant au FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés, d'une extension de 53 places afin d'en proposer un total de 75.

Ce dernier point, constituant le thème de ce mémoire, sera développé dans la troisième partie.

Par ailleurs, le CH de La Réole est, depuis janvier 2008, dirigé via un dispositif de direction commune par la Directrice du CH de Langon.

Enfin, le Centre Hospitalier abrite également depuis 2000 une école interhospitalière d'aides-soignants La Réole – Langon – Cadillac, dont la capacité devrait être prochainement légèrement augmentée.

Il convient maintenant d'étudier plus en détail le fonctionnement du FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés.

Cette structure dispose de 22 lits d'hébergement permanent. Elle n'offre actuellement ni hébergement temporaire, ni accueil de jour.

Il est nécessaire de préciser qu'un changement de cadre de santé a eu lieu en février 2008, suite à mutation : madame L. a ainsi succédé à ce poste à monsieur P.

Selon monsieur P., en 2007, la moyenne d'âge des résidents était de 47-48 ans. Près de la moitié avaient plus de 50 ans. À l'âge de soixante ans, les résidents sont orientés vers l'EHPAD du Centre Hospitalier. En conséquence, la structure n'a pas été prévue pour tenir compte du vieillissement des personnes handicapées.

Sur les 22 résidents, 21 participent très régulièrement à des activités. Il s'agit d'un critère important d'admission au FAM, la politique du service étant profondément tournée vers les animations au sens large.

Les locaux actuels sont relativement fonctionnels, en dépit d'un manque de bureaux et de salles d'animation. Concernant ce dernier élément, le prêt de locaux communaux permet

de pallier cet inconvénient. Les chambres sont à un ou deux lits, et bénéficient d'une superficie suffisante.

Du point de vue logistique, la cuisine est à proximité, et les repas sont préparés en liaison chaude. Le linge est lavé par la blanchisserie du Centre Hospitalier. Seules les serviettes de table sont nettoyées sur place afin d'être certain de pouvoir en proposer de propres aux résidents à tous les repas.

Le service n'a pas de difficultés de recrutement, contrairement à de nombreuses structures psychiatriques. Les raisons semblent être la bonne ambiance dans l'équipe, et le bouche à oreille positif entre personnels. En outre, l'absentéisme est plus faible au FAM que dans les autres services du Centre Hospitalier. Le phénomène de burn-out²⁷ ne paraît pas concerner le personnel. Les thèmes retenus dans le plan de formation continue se répètent tous les ans : la maltraitance, les droits des usagers, le travail de nuit, la violence, et les transmissions ciblées.

Enfin, l'organisation du service repose sur un nombre volontairement limité de réunions, parmi lesquelles nous retiendrons :

- réunions projets de vie individualisés : 22 par an ;
- réunions institutionnelles de régulation : 4 par an ;
- réunions de supervision : une fois par mois, elles permettent des échanges entre le personnel et une psychologue ;
- groupes de parole : ils consistent en des rencontres résidents / animatrice / psychologue ;
- réunions soignants / soignés entre le personnel et les résidents.

Après cette brève présentation de l'établissement lieu de stage, il convient de s'intéresser aux structures voisines.

²⁷ Le terme de burn-out a été employé pour la première fois en 1974 par FREUDENBERGER afin de décrire un état de fatigue généralisée touchant des professionnels de la santé mentale en milieu de travail. Il en fait la description suivante : « *un effondrement, un épuisement ou une fatigue extrême provenant d'une demande excessive d'énergie, de forces ou de ressources* ». En 1976, MASLACH en donne une définition plus complète en y incluant l'épuisement physique et mental observé chez tous les professionnels dont le travail implique un contact continu avec les autres.

2.1.2 Les établissements voisins

Le Centre Hospitalier de La Réole est situé à 75 kilomètres du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux.

Dans un périmètre de 30 kilomètres, l'offre sanitaire émane de six établissements (outre le CH de La Réole) : le CH Pasteur et la clinique privée Sainte-Anne à Langon, le CH de Bazas, l'Hôpital Local (HL) de Monségur, le Centre Hospitalier de Cadillac, et le Centre Hospitalier Intercommunal Marmande-Tonneins.

Compte tenu du thème de ce mémoire, il convient de présenter plus particulièrement le CH de Cadillac et, dans une moindre mesure, l'HL de Monségur.

Ainsi, le CH de Cadillac dispose actuellement de 521 lits. Hors unité pour malades difficiles et unité psychiatrique intersectorielle départementale pour malades perturbateurs, ce sont 421 lits qui sont destinés à la psychiatrie générale.

Selon le Docteur B.²⁸, en 2007, 219 malades étaient hospitalisés « au long cours », c'est-à-dire depuis plus de 270 jours. Parmi ceux-ci, nombreux sont ceux qui bénéficient d'une orientation vers une structure médico-sociale. L'absence de places disponibles dans ce type d'établissement conduit le CH à conserver ces personnes, or celles-ci occupent des lits qui devraient être réservés à des soins de psychiatrie « active ». Par conséquent, le CH se trouve dans une situation tendue concernant les admissions : les difficultés à accueillir des malades qui ont besoin de soins actifs sont réelles, faute de places libres. Nous reviendrons sur ce point essentiel dans les paragraphes suivants.

L'HL de Monségur, quant à lui, est gestionnaire d'un FAM pour adultes handicapés psychiques stabilisés de 48 lits, situé à une dizaine de kilomètres de La Réole. Des partenariats existent entre les deux FAM (rencontres de résidents...). Cette structure ne souhaite pas demander d'autorisation pour une extension de places dans un proche avenir.

2.1.3 Les orientations politiques nationales, régionales et départementales

Il n'est pas possible de traiter le thème du projet d'extension du CH de La Réole sans le replacer dans un contexte politique plus large.

²⁸ Psychiatre et Chef de service au Département de l'Information Médicale du CH de Cadillac.

Tout d'abord, au niveau national, le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 élaboré par le Ministère de la Santé et des Solidarités fait apparaître en préambule que le système de soins est sollicité de manière parfois inapproprié :

« De nombreuses prises en charge de patients se font sur le mode de l'hospitalisation au long cours alors qu'ils devraient bénéficier d'une prise en charge coordonnant des soins ambulatoires, un accueil et accompagnement adéquats dans le cadre de dispositifs sociaux et médico-sociaux.

On estime ainsi que 13 000 patients environ restent hospitalisés en psychiatrie, de manière inadaptée, faute de relais médico-sociaux ou sociaux suffisants.

Dans le même temps on constate des difficultés à faire hospitaliser certains patients, faute de lits disponibles. Il convient de rappeler qu'un lit occupé de manière inadéquate à l'année permettrait de prendre en charge une dizaine de patients n'ayant besoin que d'un séjour de quelques semaines »²⁹.

En outre, ce plan insiste sur la nécessité de « redonner leur place citoyenne aux personnes souffrants de troubles psychiques », soulignant que « cet enjeu est essentiel sur le plan de la déstigmatisation de l'image associée à la maladie mentale et à ceux qui en souffrent »³⁰. Dans cette optique, il a été décidé de communiquer davantage auprès du grand public sur le thème des maladies mentales. Ainsi a été lancée en 2006 une campagne centrée sur les différents troubles dépressifs. D'autres campagnes sont prévues jusqu'en 2009 et seront consacrées à des pathologies plus lourdes.

Par ailleurs, un des points du plan psychiatrie et santé mentale correspond au plan pluriannuel d'accompagnement des personnes handicapées psychiques³¹. Il y est précisé que : « les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés constituent une réponse davantage adaptée pour des patients très dépendants, hospitalisés au long cours, présentant, par exemple, des handicaps surajoutés ou associés, restreignant sévèrement leur autonomie intellectuelle ou physique et nécessitant de ce fait une assistance dans les actes essentiels de la vie ainsi qu'une surveillance médicale et des soins soutenus.

²⁹ Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*. p. 6.

³⁰ Ibid. p. 7.

³¹ Ce plan pluriannuel a été annoncé par la secrétaire d'État aux personnes handicapées lors du Conseil des Ministres du 15 décembre 2004.

Or, on constate une insuffisance de places d'accueil pour ce type de situations, tant en nombre qu'en personnel qualifié. Les besoins sont importants et il est indispensable que des places nouvelles soient créées rapidement »³².

En ce sens, l'annonce suivante est alors faite : « *Un millier de places, dont 400 dès 2005, seront dédiées en 3 ans aux personnes handicapées psychiques réclamant ce type de prise en charge dans le cadre du nouveau programme pluriannuel prévoyant, entre 2005 et 2007, la création de 7 500 places en MAS et FAM »³³.*

Cependant, pour connaître une réelle mise en œuvre, le plan national psychiatrie et santé mentale doit être décliné dans les régions au travers des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération (2006-2010), lesquels doivent pour la première fois intégrer un volet « Psychiatrie et santé mentale ». Il nous faut donc à présent nous pencher sur le SROS de la région Aquitaine.

Ce document ne consacre qu'un seul paragraphe à la question du devenir des personnes stabilisées hospitalisées au long cours en CHS :

« Les patients porteurs de pathologie psychiatrique stabilisée doivent pouvoir être orientés vers des structures médico-sociales adaptées.

Ces structures médico-sociales pourront être développées au sein des établissements de santé.

Une articulation avec le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et les schémas départementaux de prise en charge du handicap, devra être mise en place »³⁴.

Le PRIAC d'Aquitaine 2007-2011 prévoit notamment la création de 474 places de FAM (dont 234 pour la Gironde) et de 26 places d'hébergement temporaire (dont 3 pour la Gironde) sur la période³⁵. En ce qui concerne plus spécifiquement le handicap psychique, la création de 53 places de FAM en Gironde³⁶ est programmée pour 2010³⁷.

³² Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*. p. 29.

³³ Ibid. p. 31.

³⁴ Agence Régionale d'Hospitalisation d'Aquitaine. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2011*. p. 102.

³⁵ Préfecture de la région Aquitaine – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. *Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2007-2011*. p. 8.

³⁶ Ibid. p. 26.

³⁷ Il s'agit du projet d'extension du FAM du CH de La Réole.

Il convient également de noter dans ce document que la transformation de l'actuel FAM pour adultes polyhandicapés en MAS est envisagée sur 3 ans³⁸ :

- 10 places en 2008 ;
- 21 places en 2009 ;
- 17 places en 2010.

Cette transformation est un préalable indispensable à l'extension du FAM pour adultes handicapés psychiques. En effet, alors qu'un FAM est caractérisé par un double financement Conseil Général – Assurance Maladie³⁹, une MAS n'est financée que par l'Assurance Maladie. Ainsi, les moyens économisés par le Conseil Général lors du passage du FAM pour adultes polyhandicapés en MAS (48 places) serviront à financer le fonctionnement de l'extension du FAM pour handicapés psychiques (53 places).

Enfin, il faut à présent terminer cette étude des politiques menées par l'échelon départemental. Pour ce faire, il convient d'extraire quelques éléments importants du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées 2007-2011 réalisé par le Conseil Général.

Au 30 juin 2006, le département proposait 289 places en FAM ainsi réparties :

- 272 places d'hébergement permanent ;
- 1 place d'accueil temporaire ;
- 14 places d'accueil de jour ;
- 2 places d'accueil d'urgence⁴⁰.

Nous pouvons tout d'abord remarquer la faible proportion de places ne relevant pas de l'hébergement permanent. En effet, ces alternatives relativement récentes sont encore peu développées. Cependant, le Conseil Général souhaite encourager la mise en place de tels services dans les structures se créant ou augmentant leur capacité. Ainsi, une des propositions du schéma est de « *développer les passerelles entre le domicile et les établissements spécialisés sous la forme d'accueils de jour et d'accueils temporaires* »⁴¹, ceci en intégrant ces deux types de places dans tous les nouveaux projets et lors de restructurations ou extensions.

³⁸ Préfecture de la région Aquitaine – Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. *Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2007-2011*. p. 27.

³⁹ Les FAM étaient auparavant appelés Foyers à Double Tarification (FDT).

⁴⁰ Conseil Général de la Gironde. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées 2007-2011*. pp. 66-67 et 78.

⁴¹ Ibid. p. 256.

Il est également intéressant de noter que le territoire du « Haut entre deux mers », sur lequel se situent La Réole et Monségur, comptait à lui seul 120 places de FAM.

Concernant le taux d'équipement, en 2004, la Gironde totalisait 0,4 places installées de FAM pour 1000 habitants de 20 à 59 ans. Ce taux était identique à celui de la région Aquitaine, mais demeurait supérieur à la moyenne nationale, laquelle s'établissait alors à 0,3⁴².

À la date de parution du schéma, 150 nouvelles places de FAM ayant obtenu un avis favorable du Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) étaient encore en attente d'autorisation. Une fois ces autorisations accordées, la capacité départementale sera portée à 439 places⁴³.

Parmi ces 150 places supplémentaires sont notamment prévues deux structures destinées à l'accueil des adultes handicapés psychiques :

- FAM du CH de Libourne⁴⁴, proposant 50 places réparties en 44 places d'hébergement permanent, 4 d'accueil de jour, 1 d'accueil temporaire et 1 d'accueil temporaire ;
- FAM du CH de La Réole offrant 50 places d'hébergement permanent.

Ainsi, nous pouvons remarquer que le dossier initial du CH de La Réole, tel que mentionné dans le schéma départemental, ne comportait ni places d'accueil de jour, ni places d'accueil temporaire. Ces places ont été ajoutées au projet suite à une demande du Conseil Général⁴⁵.

Enfin, le schéma aborde directement le problème des malades psychiques stabilisés hospitalisés au long cours de manière inadéquate en CHS. Ainsi, on peut lire : « *Toute sortie de l'hôpital s'accompagne de la crainte de ne pas pouvoir y retourner en cas de besoin. Les hospitalisations programmées ne sont actuellement pas possibles faute de lit disponible. Chaque place qui se libère se trouve automatiquement prise par un patient venant du service d'urgence. Pour redonner au dispositif d'hospitalisation psychiatrique une certaine souplesse, il est souhaitable de favoriser la sortie des malades stabilisés, dans de bonnes conditions. Il est nécessaire de développer leur accueil dans des*

⁴² Ibid. pp. 76-77.

⁴³ Ibid. p. 79.

⁴⁴ Le CH de Libourne comporte à la date d'écriture de ce mémoire un pôle psychiatrique de 89 lits et 116 places.

⁴⁵ Conformément à la proposition d'intégration automatique de ce type de places à tout projet déposé en CROSMS vue plus haut.

établissements médico-sociaux adaptés et de créer des filières souples d'accompagnement permettant leur sortie progressive de l'hôpital vers le domicile grâce à diverses prises en charge intermédiaires »⁴⁶.

En outre, une enquête réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine (ORSA) et intégrée dans le schéma départemental concerne spécifiquement les personnes malades mentales stabilisées hébergées en CHS faute de places en établissements médico-sociaux. Cette enquête, importante pour ce mémoire, sera détaillée dans la sous-partie suivante.

2.2 Une offre de prise en charge insuffisante et inadaptée

L'analyse des éléments que nous venons d'exposer conduit à la mise en perspective, à l'échelon départemental, de deux faiblesses majeures dans l'offre de prise en charge à destination des personnes handicapées psychiques stabilisées bénéficiant d'orientations médico-sociales accordées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). En effet, le manque de places disponibles dans ce type de structures indique que l'offre de prise en charge apparaît tout d'abord insuffisante. Ensuite, l'obligation de fait, pour le Centre Hospitalier de Cadillac, de conserver en son sein ces personnes, nous amène à considérer que l'offre de prise en charge se révèle également inadaptée.

2.2.1 Une offre de prise en charge insuffisante

Le problème qui semble le plus prégnant à la lecture des divers documents que nous venons de présenter est celui du manque de places en établissements médico-sociaux. Ainsi, le plan national psychiatrie et santé mentale 2005-2008, le PRIAC d'Aquitaine et le schéma départemental font tous ressortir un besoin de création de places dans les diverses structures médico-sociales, notamment à destination des personnes handicapées inaptes au travail (foyer de vie, FAM, MAS...).

À l'échelon départemental, ce ne sont pas moins de 420 places en foyer de vie, 279 de FAM et 185 de MAS qui sont considérées nécessaires pour répondre aux besoins.

⁴⁶ Conseil Général de la Gironde. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées 2007-2011*. p. 148.

Compte tenu des créations et extensions en attente d'autorisation, il manquerait encore 240 places de foyer de vie et 150 de FAM⁴⁷.

Parmi les types de besoins repérés, nous retiendrons principalement les jeunes en attente de places (amendement Creton), les bénéficiaires de l'aide sociale hébergés hors gironde, les patients de psychiatrie pouvant quitter l'hôpital pour entrer en établissement médico-social, les résidents de moins de 60 ans hébergés en EHPAD, les majeurs sous tutelle, et les travailleurs d'ESAT bénéficiant d'une orientation foyer de vie, FAM ou MAS.

En ce qui concerne les seuls FAM, les deux tiers des besoins émanent à part égale de deux catégories de personnes : les bénéficiaires de l'aide sociale hébergés hors gironde et les personnes malades mentales stabilisées.

2.2.2 Une offre de prise en charge inadaptée

En analysant plus en détail l'offre départementale de prise en charge à destination des personnes adultes handicapées, celle-ci n'apparaît pas seulement insuffisante, mais également inadaptée.

En effet, nous venons de voir qu'une très forte proportion des besoins d'hébergement en structure médico-sociale provient de personnes contraintes de fait de demeurer ou d'entrer dans des établissements qui ne leur sont pas destinés :

- jeunes handicapés en attente de places en structures pour adultes ;
- personnes handicapées de moins de 60 ans hébergées en EHPAD ;
- travailleurs d'ESAT bénéficiant d'une orientation en foyer de vie, FAM ou MAS ;
- adultes handicapés psychiques stabilisés hébergés au long cours en CHS.

Cela signifie concrètement que ces personnes sont dans l'« obligation » de séjourner dans des structures dont les projets, les activités, le personnel, l'environnement leur conviennent peu, voire pas du tout.

Ainsi, comment imaginer qu'une personne handicapée de 40 ans puisse bénéficier d'un projet de vie adapté à ses besoins en étant hébergée en EHPAD ? Comment un malade mental stabilisé peu dépendant pourrait-il trouver les animations et les occupations nécessaires à son bien-être en demeurant en Centre Hospitalier Spécialisé ?

Il semble difficile de trouver des éléments de réponse convenables à ces questions légitimes.

⁴⁷ Ibid. pp. 128-130.

Dans le cas particulier des personnes handicapées psychiques stabilisées, une enquête « Handicap psychique et hospitalisation psychiatrique » a été menée par l'ORSA dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées 2007-2011⁴⁸.

Cette enquête a été conduite dans les trois établissements girondins disposant de lits de psychiatrie (CHS Charles Perrens, CH de Cadillac, CH de Libourne) et a concerné les patients de 20 ans ou plus dont la durée du séjour dépassait 270 jours continus.

264 questionnaires ont été recueillis complets. Il en ressort que seulement un patient sur cinq doit demeurer en service psychiatrique, et près de 70% pourraient être orientés vers des structures médico-sociales :

- 90 en FAM ;
- 51 en MAS ;
- 18 en foyer de vie ;
- 23 en EHPAD.

Pour les patients relevant d'un FAM, cette enquête nous apporte de nombreuses précisions, lesquelles vont être à présent brièvement mises en perspective.

Ainsi, les trois quarts de ces patients sont hospitalisés depuis au moins cinq ans. Par ailleurs, ils sont 86% à pouvoir réaliser des activités (seuls, avec une aide ou une stimulation), 99% à être considérés physiquement autonomes et la moitié à l'être également pour les seules « actions relationnelles » (communication avec autrui).

Enfin, près de 60% présentent des troubles du comportement.

Dans la conclusion de cette enquête, nous pouvons notamment lire :

« Ces perspectives d'orientation vers le secteur social ou médico-social des patients hospitalisés en psychiatrie impliqueraient la création de places supplémentaires dans les structures existantes, voire la création de nouveaux établissements.

Toutefois, ces personnes présentent des caractéristiques, en termes d'autonomie, de comportement ou de traitement, qui nécessitent des moyens humains et un encadrement spécifique afin d'apporter des réponses adaptées à leurs besoins ».

À ce titre, l'objectif premier qui sous-tend le projet d'extension du FAM pour adultes handicapés psychiques du CH de La Réole doit nécessairement être de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la population qu'il doit accueillir.

C'est ce point que nous allons à présent traiter dans la troisième partie de ce mémoire.

⁴⁸ Ibid. pp. 113-117.

3 UN PROJET DE PRISE EN CHARGE DES ADULTES HANDICAPÉS PSYCHIQUES STABILISÉS : PRÉSENTATION ET PRÉCONISATIONS

Après avoir explicité dans la deuxième partie de ce mémoire le contexte dans lequel le CH de La Réole évolue, il convient de détailler le projet d'extension du FAM pour adultes handicapés psychiques et de réfléchir à sa mise en œuvre concrète.

Ainsi, nous allons tout d'abord présenter le projet porté par l'établissement lieu de stage. Puis, nous proposerons quelques préconisations destinées à en améliorer la réalisation pratique.

3.1 Le projet d'extension du FAM du CH de La Réole

Afin de mettre en perspective différents éléments importants relatifs au projet, nous allons procéder en quatre temps. En premier lieu sera exposée la genèse du projet. Ensuite, nous étudierons l'extension de capacité d'hébergement permanent, avant de nous pencher sur la création d'un accueil de jour et d'un accueil temporaire. Enfin, il sera nécessaire de faire état de la situation actuelle de ce projet.

3.1.1 La genèse du projet

Depuis les années 1980, un mouvement de diminution du nombre de lits de psychiatrie s'est enclenché en France, du fait des possibilités accrues de prises en charge des patients en ambulatoire. Ainsi, à l'échelle nationale, on dénombrait 84 560 lits de psychiatrie en 1987, contre 43 173 en 2000. Au niveau Aquitain, on ne comptait plus que 3 953 lits en 2004, alors qu'il y en avait encore 6 074 en 1990.

Dans les années 2000, l'encombrement des différents CHS de la région a abouti à une situation critique, le taux d'occupation des lits de psychiatrie étant passé de 82,8% en 1999 à 91,8% en 2002 (et 94% en Gironde cette même année). Il ressort d'une étude que la cause de ce problème est le nombre important de patients hospitalisés sur une très

longue période. En effet, en 1998, 40% des lits du CH de Cadillac étaient occupés par des patients y séjournant depuis plus d'un an⁴⁹.

Selon Mme B., directrice des soins du CH de Cadillac, le projet de créer une structure médico-sociale, afin de désengorger l'établissement, existe depuis une quinzaine d'années. Initialement, ce devait être une MAS gérée par une association. Mais en 2000, cette piste a été abandonnée. C'est alors que le CH de La Réole s'est porté candidat. Compte tenu de l'existence d'un FAM de 22 places pour adultes handicapés psychiques sur le site, la structure en projet a pris cette même forme. Toutefois, de multiples difficultés (délai d'écriture, directions intérimaires au CH de La Réole, fenêtres CROSMS à respecter...) ont entraîné des retards dans la validation du projet. L'arrivée de monsieur M. au poste de directeur du CH de La Réole a permis de progresser dans ce dossier.

L'objectif partagé par tous les acteurs concernés est d'offrir une meilleure prise en charge aux patients hospitalisés de manière inadéquate au CH de Cadillac. En ce sens, on peut lire en première page du guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) : « *Les modalités de prise en charge dans le secteur médico-social relèvent de savoir-faire reconnus et éprouvés, plus adaptés au handicap que les techniques de soins mises en œuvre dans les services de psychiatrie. Pour un nombre important de patients demeurant hospitalisés faute de solutions d'accueil extérieures, la formule la plus adéquate est éducative et/ou sociale avec un soutien soignant* »⁵⁰.

Afin de clarifier la relation de partenariat créée entre le CH de Cadillac et le CH de La Réole par ce projet de structure, une convention⁵¹ a été établie entre les deux établissements. Nous en analyserons quelques éléments dans les paragraphes suivants.

Dans son projet d'établissement 2003-2007, le CH de Cadillac faisait tout d'abord état d'un passage de 191 à 230 patients hébergés au long cours entre 1996 et 2001⁵².

⁴⁹ MASSÉ G., CHALEIX M., COLDÉFY M., et al. *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). pp. 183-184.

⁵⁰ MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE. *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales*. p. 1.

⁵¹ La convention est placée en annexe II.

⁵² CH DE CADILLAC. *Projet d'établissement 2003-2007*. p. 14.

Dès sa première fiche-action dont la finalité majeure est de « pallier les inadéquations restantes par rapport aux besoins quantitatifs et qualitatifs dans le domaine de l'offre de soins en hospitalisation complète », le CH se fixait l'objectif suivant : « Restructurer 50 lits du dispositif actuel d'hospitalisation au long cours pour créer une structure médico-sociale ». Était ensuite ajoutée la phrase : « Le CH s'engage à redéployer les moyens humains correspondants à 25 lits d'hospitalisation au profit de la création d'une structure médico-sociale, soit une masse financière de 711 800 € »⁵³.

Quelques informations complémentaires apparaissent sur la fiche 19 intitulée « Les partenariats dans le domaine des prises en charge à dimension médico-sociale » :

- Le CH écrit clairement que son « objectif (...) est de pouvoir externaliser sur la nouvelle structure 50 de ses patients (...) actuellement hospitalisés de façon inadéquate » ;
- Le calendrier prévisionnel fait état d'une ouverture programmée en 2006⁵⁴ ;
- Sont détaillés les moyens financiers correspondants au fonctionnement de 25 lits : 5 infirmiers diplômés d'État (IDE), 16 aides-soignants (AS), 1 aide médico-psychologique (AMP) et 2 agents des services hospitaliers (ASH)⁵⁵.

En outre, le projet médical 2002-2006 du CH de Cadillac indiquait que 55 patients hébergés au long cours de manière inadéquate dans l'établissement présentaient « une totale dépendance pour tous les gestes de la vie quotidienne et une absence de troubles du comportement », caractéristiques d'une population devant être prise en charge en FAM⁵⁶.

Le projet de création d'une structure médico-sociale apparaissait déjà majeur pour le CH, puisqu'il faisait partie des 3 priorités médicales⁵⁷ énoncées.

Enfin, du côté du CH de La Réole, le projet d'établissement 2007-2011 rappelle l'objectif de « proposer aux personnes handicapées des conditions d'hébergement et de soins de grande qualité »⁵⁸.

⁵³ Ibid. pp. 39-40.

⁵⁴ Dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2005-2009 du CH de Cadillac, il est écrit en page 28 que : « Le calendrier est à retravailler avec le Centre Hospitalier de La Réole. La date du 1^{er} janvier 2008 constitue une échéance d'ouverture à la fois raisonnable et souhaitable ».

⁵⁵ CH DE CADILLAC. *Projet d'établissement 2003-2007*. pp. 85-87.

⁵⁶ CH DE CADILLAC. *Projet médical 2002-2006*. p. 16.

⁵⁷ Ibid. p. 82.

⁵⁸ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'établissement 2007-2011*. p. 36.

Le « montage financier » du projet d'extension y est ainsi détaillé :

« Le FAM de 48 places pour polyhandicapés a déposé un dossier de demande de transformation en MAS, afin d'obtenir une classification correspondant à la clientèle hébergée. Un refus temporaire a été signifié, en attendant des possibilités de financement. Parallèlement, un dossier de demande d'extension de 53 lits et places du FAM accueillant les handicapés psychiques a été déposé au CROSMS fin octobre 2006. Ce dossier, élaboré en partenariat avec le CH de Cadillac, doit être étudié en mars 2007. S'il est validé, une construction neuve, en lieu et place de l'ancienne maison de retraite, verra le jour.

La cohérence de ces opérations est assurée. Elle permet, par le jeu d'un transfert de compétences, d'équilibrer et de laisser constantes les charges afférentes à l'État et au Conseil Général. Un dernier arbitrage est nécessaire pour que chacun des deux financeurs prennent en charge de manière équilibrée les frais de construction qui lui incombent »⁵⁹.

Le programme d'investissement de l'établissement est aussi présenté. Il prévoit un coût de construction de l'extension du FAM de 8 100 000 €, également réparti sur 2009 et 2010. Une demande de subvention de 3 240 000 €, soit 40% du montant total, a été déposée auprès du Conseil Général⁶⁰.

3.1.2 L'extension de capacité d'hébergement permanent

Il peut être utile de rappeler ici que le projet d'extension du FAM, tel que le CROSMS l'a étudié, comprend 51 places d'hébergement, dont une temporaire, et deux places d'accueil de jour.

Vont être présentés dans ce paragraphe les aspects généraux du projet, notamment les questions des critères d'admission, de la prise en charge, du personnel et de l'architecture. En effet, si ces éléments concernent également les accueils de jour et temporaire, ceux-ci offrent un nombre de places très minoritaire et n'étaient pas initialement prévus par le CH, comme nous l'avons vu précédemment.

Tout d'abord, il convient de s'intéresser aux personnes pour lesquelles le FAM s'agrandit. Il est ainsi écrit qu' *« à l'ouverture, la structure accueillera 50 résidents, bénéficiant d'une orientation FAM, actuellement hébergés au CH de Cadillac. (Ces personnes) ne présentent notamment aucun danger pour autrui (...). Leurs capacités motrices ont*

⁵⁹ Ibid. p. 26.

⁶⁰ Ibid. pp. 30-31.

conservé une bonne intégrité, mais le handicap psychique qu'elles présentent entraîne une très lourde dépendance dans la réalisation de certains actes de la vie quotidienne, une restriction importante de la socialisation et une limitation quasi-totale des capacités cognitives et de prise de décision adaptée »⁶¹.

Toutefois, il est important que ces 50 personnes aient des caractéristiques de dépendance relativement proches des 22 résidents présents au FAM afin de conserver une unité dans la structure. En ce sens, le projet d'extension précise que « *lors de l'étude des dossiers d'admission, il faudra tenir compte des spécificités de la population actuellement accueillie afin de créer une homogénéité* »⁶². Il est donc primordial d'étudier au préalable le degré de dépendance des résidents accueillis. Pour cela, une évaluation a été réalisée à l'aide de la grille Autonomie Gérontologie, Groupes Iso-Ressources (AGGIR)⁶³.

Dans la même optique, il faut souligner que « *la situation du foyer en bordure de départementale présente un danger pour les résidents fugueurs ou sujets à des errances pathologiques* »⁶⁴.

En ce qui concerne la question de la prise en charge, « *les caractéristiques de la population accueillie (...) impliquent :*

- *un hébergement adapté ;*
- *des aides à la vie courante et des soins afférents ;*
- *des actions éducatives ;*
- *des activités de vie sociale, d'animation et d'occupation.*

Cette population pourra bénéficier du plateau technique offert par les CH dont ils relèvent pour des soins psychiatriques pendant une phase aiguë nécessitant une ré-hospitalisation temporaire »⁶⁵. Ce dernier point est indispensable pour appréhender sereinement d'éventuelles situations à risque liées à des « crises » de résidents.

Par ailleurs, un projet de vie « *individualisé pour chaque personne accueillie, (...) prend en compte son cursus de vie tant sur le plan biologique que psychologique ou social* »⁶⁶.

⁶¹ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. p. 5.

⁶² Ibid. p. 6.

⁶³ L'évaluation AGGIR est placée en annexe III.

⁶⁴ CH DE LA RÉOLE. *Projet institutionnel 2008-2012 du FAM pour handicapés psychiques stabilisés*. p. 15.

⁶⁵ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. p. 10.

⁶⁶ Ibid. p. 12.

Ce projet de vie, qui n'existe pas dans le domaine sanitaire, « a pour finalité de mettre en place les outils qui permettent au Foyer d'accompagner les personnes accueillies dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins et à leurs attentes.

(II) vise notamment à :

- favoriser la vie sociale ;
- préserver l'intimité ;
- conserver une individualité ;
- éviter le plus possible la séparation d'avec la famille ;
- maintenir le plus haut niveau possible d'autonomie ;
- conseiller, orienter, soutenir »⁶⁷.

Un des principaux objectifs poursuivi est d'apporter aux résidents « un lieu de stabilisation, de soutien et de poursuite des soins psychiatriques, où seront pris en compte les problèmes tant physiques que psychiques par du personnel compétent »⁶⁸.

En ce qui concerne la question des personnels, l'extension du FAM s'accompagnera du recrutement de 49,9 Équivalent Temps Plein (ETP). Ceux-ci présenteront des fonctions, des formations initiales, et des expériences professionnelles très diversifiées, afin de maximiser les compétences disponibles en faveur des résidents. En ce sens, il est intéressant de prendre connaissance d'un tableau des effectifs distinguant les personnels travaillant actuellement au FAM de ceux qui vont y être recrutés⁶⁹. Il en ressort notamment que quelques métiers vont faire leur apparition au service des résidents. Cependant, il faut garder à l'esprit que « la présence de personnels de formations différentes doit garantir un travail de qualité dans chacune des dimensions (soignante, éducative et sociale), et le maintien d'une dynamique des projets par la complémentarité de plusieurs modes d'approche »⁷⁰. Ainsi, loin de morceler l'existence du résident, cette pluridisciplinarité a pour objectif d'enrichir sa prise en charge par une meilleure compréhension de ses besoins.

D'un point de vue plus organisationnel, la création de 49,9 ETP pour 53 lits et places correspond à un ratio de personnel de 0,94. Pour l'ensemble du FAM, nous aurons 71,3

⁶⁷ CH DE LA RÉOLE. *Projet institutionnel 2008-2012 du FAM pour handicapés psychiques stabilisés*. p. 35.

⁶⁸ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. p. 12.

⁶⁹ Le tableau des effectifs est placé en annexe IV.

⁷⁰ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. p. 31.

ETP pour 75 lits et places, soit un ratio de 0,95 personnel par résident. Nous sommes en présence d'un ratio que l'on peut qualifier d'« honorable », mais qui n'est pas très élevé⁷¹. Il est aussi important de préciser que « *l'effectif des résidents étant quasi-identique tous les jours de l'année, l'effectif en personnel reste également le même la semaine, le week-end et les jours fériés. Toutefois, le rythme de vie et la teneur des activités se devront d'être différenciés* »⁷². Nous retrouvons bien là la mise en place d'une organisation médico-sociale, plaçant le résident au cœur de la démarche. Dans cette optique, « *si l'action de toute l'équipe qui encadre le résident est de l'ordre du soin, de la stimulation, de l'éducation, cette équipe ne doit jamais perdre de vue que le milieu du foyer est un milieu protégé, sécurisant. Dans le cadre de cet objectif, elle veille à ne pas tomber dans l'excès d'une prise en charge qui pourrait devenir trop prégnante et donc angoissante pour les résidents accueillis* »⁷³.

Concernant l'aspect architectural, l'objectif est d'apporter aux résidents « *un lieu de vie proche du milieu familial, largement ouvert sur l'extérieur et évitant de proposer à la personne une image asilaire du lieu. À cette fin, cette structure sera à dimension humaine (unités de 17 lits) et proposera à chacun, au regard de ses potentialités, une prise en charge socialisante. (...). La structure sera conçue de manière à favoriser une dynamique dans la prise en charge, avec :*

- *3 unités d'hébergement ;*
- *une zone collective pour les activités de jour qui constituera un lieu d'information et de rencontre et induira une circulation des pensionnaires à l'intérieur de la structure (en incluant dans le fonctionnement les 22 personnes hébergées dans la structure actuelle) »*⁷⁴.

Les locaux se situeraient donc sur 2 bâtiments distincts :

- l'un existant, comprenant 2 niveaux et hébergeant les 22 résidents actuels ;

⁷¹ Au 31 décembre 2001, les FDT (appellation initiale des FAM) disposaient en moyenne de 0,90 agent par lit (DREES. *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés. Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001.* p. 237). La circulaire 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés (instituant les FDT) prévoyait que le « *taux d'encadrement (...) ne devra pas être supérieur à 1 pour 1* ».

⁷² CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques.* p. 38.

⁷³ Ibid. p. 15.

⁷⁴ Ibid. pp. 11-12.

- l'autre à construire, de plain-pied, accueillant 3 unités de 17 résidents, et équipé, en son centre, de locaux communs aux 75 personnes⁷⁵.

Ainsi, « *cette construction augmentera, pour l'ensemble de la structure, les surfaces communes, qui actuellement sont insuffisantes dans le service de 22 lits en fonctionnement (animation, ateliers, occupations...)* »⁷⁶.

Enfin, il faut insister sur le fait qu' « *une passerelle reliant l'actuel foyer à la nouvelle structure doit être envisagé pour créer le « lien », donner une unité et permettre une circulation aisée des résidents et des professionnels, tant de jour que de nuit* »⁷⁷.

En résumé, à travers ce projet, « *le Centre Hospitalier souhaite (...) développer et promouvoir son secteur médico-social et offrir aux futurs usagers une qualité optimale de prise en charge, dans des locaux neufs, conviviaux et adaptés, avec un personnel qualifié, en nombre suffisant* »⁷⁸.

3.1.3 La création d'un accueil de jour et d'un accueil temporaire

Comme nous l'avons rappelé, la création d'une place d'accueil temporaire et de deux places d'accueil de jour n'était pas initialement prévue dans le projet du CH de La Réole, ces éléments ayant été ajoutés par la suite à la demande du Conseil Général.

Cependant, nous avons vu que les principaux besoins sur le département concernaient des hébergements permanents à destination des personnes hospitalisées de façon inadéquate au CH de Cadillac. Nous pouvons donc nous interroger sur le bien-fondé de cette diversification de l'offre de prise en charge. Pour apporter une réponse à cette question, il convient d'analyser ces modes d'accueils.

En ce qui concerne la place d'accueil temporaire, il apparaît que « *les aidants familiaux sont (...) de plus en plus en demande face à l'impossibilité devant laquelle ils se trouvent de faire appel, comme l'habitude en était prise, aux CHS pour accueillir de façon temporaire les handicapés psychiques dont ils s'occupent dans le cercle familial* »⁷⁹.

⁷⁵ L'esquisse architecturale réalisée pour le projet est placée en annexe V.

⁷⁶ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. p. 19.

⁷⁷ Ibid. p. 19.

⁷⁸ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'établissement 2007-2011*. p. 26.

⁷⁹ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. p. 9.

L'objectif de ce type de prise en charge est triple :

- aider les familles en « *proposant des temps d'accueil adaptés aux besoins familiaux et sociaux lorsque celles-ci sont momentanément défailtantes ou souhaitent prendre des vacances* » ;
- favoriser les « *séjours de rupture* » ;
- préparer à une future intégration au foyer⁸⁰.

Il s'agit d'un accueil programmé, d'une durée ne pouvant pas dépasser 90 jours par an et par personne, mais fractionnable selon le projet de la personne accueillie.

L'accueil de jour, quant à lui, constitue principalement une réponse de proximité pour les habitants du secteur Réolais, et poursuit 3 buts :

- « - *proposer une alternative à la prise en charge à temps complet (...)* ;
- *évaluer l'adéquation de la structure aux besoins d'une personne orientée en FAM* ;
- *préparer éventuellement le futur résident et sa famille à un projet d'internat* »⁸¹.

Enfin, il est essentiel de souligner que les personnes bénéficiant de l'accueil temporaire et de l'accueil de jour « *sont intégrées aux activités et à la vie du foyer en fonction du projet individualisé élaboré avec elles* »⁸².

Dans cette optique, il semble que ce qui n'était à l'origine qu'une simple contrainte imposée au CH de La Réole puisse devenir, avec l'investissement de la direction, de l'encadrement du service et des équipes pluridisciplinaires, une réelle opportunité de diversifier l'offre de prise en charge à destination des adultes handicapés psychiques stabilisés et, ce faisant, de leur apporter (ainsi qu'à leur famille) à la fois un sensible mieux-être et de nouvelles perspectives.

3.1.4 La situation actuelle du projet

Après plusieurs réécritures, le projet d'extension du FAM a été déposé dans sa version définitive en CROSMS en octobre 2006. Cette instance consultative a émis un avis favorable en mars 2007. Le CH de La Réole demeure en attente de l'autorisation conjointe du Conseil Général et de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

⁸⁰ Ibid. p. 11.

⁸¹ Ibid. p. 11.

⁸² Ibid. p. 11.

En effet, le jeu de transfert de compétences explicité plus haut conditionne cette autorisation à la transformation préalable du FAM pour adultes polyhandicapés en MAS. Or celle-ci n'est toujours pas réalisée du fait d'un refus temporaire de l'Assurance Maladie, dû à un manque de financement.

En outre, d'un point de vue pratique, la construction de l'extension du FAM nécessite la démolition du bâtiment abritant la cuisine du CH. Un projet de mise en place d'une unité collective de production culinaire regroupant la commune de La Réole, la communauté de communes du Réolais et le CH, sous la forme d'un GIP, est lancé. La participation d'un quatrième partenaire, de taille importante, est actuellement à l'étude.

Il est temps à présent de relancer ce projet, car les besoins apparaissent de plus en plus prégnants au CH de Cadillac. Ainsi, Mme B., directrice des soins de la structure, nous indique que les patients hébergés au long cours et bénéficiant d'une orientation FAM sont accueillis non pas selon cette orientation mais en fonction des lits disponibles. De ce fait, ils sont répartis sur de nombreuses unités non conçues pour répondre à leurs besoins. Parmi ces locaux, certains sont vétustes et conservent une configuration « *asilaire* ».

Insatisfaite de la prise en charge proposée à ces personnes, la direction du CH de Cadillac a travaillé selon deux axes.

Le premier a consisté en la création, sur des crédits non pérennes accordés par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), d'une unité de 18 lits réservée aux patients « pré-sortants »⁸³. Cette capacité s'avère logiquement insuffisante.

Un second axe a alors été développé. Il s'agit d'une diversification des recrutements : l'idée est de diminuer la proportion de soignants pour accroître celle des personnels éducatifs et sociaux. Notamment, le CH de Cadillac commence à recruter des AMP sur des postes d'AS, et à transformer des postes d'IDE en éducateurs spécialisés. Ceci permet de mieux répondre aux besoins de la population des patients hébergés au long cours, mais aussi de contourner la pénurie d'AS et d'IDE.

Cependant, ces nouveaux personnels sont encore trop peu nombreux. En outre, aucun projet de vie n'est pour l'instant proposé aux personnes handicapées psychiques stabilisées. L'évolution vers cette démarche est réelle, mais lente.

En conclusion, seule l'ouverture de l'extension du FAM du CH de La Réole peut apporter une solution satisfaisante à cette problématique par une adéquation entre les objectifs et les moyens de la structure d'une part, et les besoins des personnes qui doivent y être accueillies d'autre part.

⁸³ Ces crédits disparaîtront à l'ouverture de l'extension du FAM du CH de La Réole.

3.2 Des préconisations pour assurer le succès du projet

Avant la mise en œuvre concrète du projet, il est important pour le directeur de tenter d'anticiper les événements afin de déterminer au mieux les « points critiques », les éléments sur lesquels il faudra être particulièrement attentif et rigoureux pour que la réalisation de l'extension se fasse dans des conditions optimales. C'est l'objet des préconisations que je vais détailler ici. Néanmoins, il est fortement vraisemblable que celles-ci ne soient pas exhaustives et que des difficultés non prévues apparaissent au fur et à mesure de l'avancée du projet, à l'ouverture et pendant les semaines qui vont suivre. Le but est donc simplement d'essayer de cerner dès à présent les problèmes majeurs qui peuvent se poser pour réduire la marge d'incertitude liée à toute démarche d'extension et/ou de création de structure.

3.2.1 Une réflexion préalable approfondie accompagnée d'un travail de communication

Le projet d'extension écrit en 2006 constitue une première réflexion sur la réalisation concrète de l'agrandissement du FAM. Cependant, il convient de noter que les équipes n'ont été que très peu consultées lors de son élaboration.

En décembre 2007, le FAM a produit son projet institutionnel 2008-2012, lequel prend en compte le passage de 22 résidents à 75. S'il est vrai que ce projet a été construit collectivement via la constitution de groupes de travail impliquant l'ensemble des personnels du service, il n'en demeure pas moins qu'il apparaît encore nettement insuffisant compte tenu de l'importance de l'extension en prévision.

Il me semble donc nécessaire d'engager, environ 18 mois avant l'ouverture du nouveau bâtiment, une réflexion collective approfondie concernant tous les aspects organisationnels qui seront modifiés par cet événement. Ainsi, la capacité du service faisant plus que tripler, de profonds bouleversements sont à anticiper au niveau du fonctionnement général de la structure. Il est indispensable que les équipes puissent en discuter, s'exprimer sur ce sujet, pour finalement s'approprier le projet.

En effet, ce sont bien les équipes pluridisciplinaires qui seront sur le terrain, au contact direct des résidents. Il importe donc de les associer davantage à la préparation de l'accueil de 50 nouveaux résidents, sur les plans de la prise en charge, des choix architecturaux, de la politique de formation continue...

Néanmoins, la constitution et le pilotage de groupes de réflexion sont des conditions nécessaires mais non suffisantes de la réussite du projet. Il convient également de déterminer une politique de communication, notamment en interne. Ainsi, comment informer les agents ne participant pas à ces groupes ? Comment créer une dynamique collective permettant d'impliquer le maximum d'agents ?

Dans ce cadre, je propose que les thèmes sur lesquels les groupes travailleront fassent l'objet d'une définition par un groupe de pilotage⁸⁴. Les réunions des groupes pourraient être mensuelles. Quoi qu'il en soit, il est indispensable que chaque réunion débouche sur la réalisation d'un compte-rendu, lequel devra être affiché dans le service afin que chacun puisse en prendre connaissance. Des points d'étape actant de l'avancée des réflexions, validés par le groupe de pilotage, pourraient avoir lieu chaque trimestre. La Direction devra être informée, si ce n'est de tous les comptes-rendus de réunions, du moins du contenu des points d'étape.

La question se pose aussi de l'information des résidents actuels. Faut-il les informer ? À quel moment ? En quels termes ? Collectivement ou séparément ? Quel(s) accompagnement(s) leur proposer ? Il est important que ces interrogations soient débattues en comité de pilotage, après avis du psychiatre et du psychologue.

Il est à présent temps de développer les différents thèmes qui me semblent majeurs dans la réalisation du projet.

3.2.2 Une définition claire des critères d'admission des futurs résidents pour une prise en charge optimale

De mon point de vue, le risque principal de déstabilisation de la structure réside dans des « erreurs » d'admission. En effet, le FAM est conçu pour accueillir et prendre en charge une population bien déterminée. En ce sens, l'admission de patients provenant du CH de Cadillac qui ne seraient pas réellement stabilisés ou qui présenteraient des troubles du comportement incompatibles avec la vie collective est un écueil à éviter.

À ce sujet, on peut lire dans le guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales de la MNASM : « *Une orientation vers une prise en charge dans laquelle l'aspect soins, toujours présent, n'est plus prévalent, ne peut*

⁸⁴ La constitution de ce groupe de pilotage reste à déterminer. Nous y trouverons sûrement le cadre du service, l'animateur, un IDE, un moniteur-éducateur, un AS et un ASH. Pourront également participer, en fonction de leurs disponibilités, le psychiatre, le psychologue, l'ergothérapeute et le psychomotricien.

s'apprécier qu'à partir des critères précis et concordants d'une évaluation clinique personnalisée et sur la base d'un projet personnalisé lui aussi »⁸⁵.

À l'article 5 de la convention établie entre les deux CH⁸⁶, il est prévu que « *lors de l'ouverture du nouveau bâtiment, une commission inter établissements à laquelle seront associés des représentants du Conseil Général, de la DDASS et de la MDPH⁸⁷ sera constituée afin d'étudier les dossiers d'admission* ».

Or, il est primordial que le CH de La Réole conserve une totale liberté dans les choix d'admission. Aucun important trouble du comportement, aucune violence habituelle ne peuvent être tolérés dans la structure médico-sociale. En outre, pour que le résident s'épanouisse dans ce cadre de vie, il doit être en capacité de participer aux nombreuses activités quotidiennes. Le FAM doit ainsi être en mesure de proposer un projet de vie personnalisé à chacun. Il faudra donc une vigilance absolue lors de la « sélection » des 50 nouveaux résidents.

Nous savons également que « *le passage d'un établissement à un autre est un moment critique dans les parcours de la personne handicapée psychique (...). Certaines ruptures comportent de vrais risques de décompensation, mais (elles) peuvent contenir aussi les germes de vraies maltraitances (...)* »⁸⁸.

Il sera donc nécessaire que l'ensemble des équipes portent une attention extrême à la « période d'acclimatation » que chaque nouveau résident traversera. En cas de besoin, une ré-hospitalisation temporaire au CH de Cadillac devra être possible dans les plus brefs délais. Cette éventualité étant déjà prévue dans la convention signée par les deux CH (article 4), il faudra veiller à l'effectivité de son application.

3.2.3 L'importance de la conception architecturale

Les choix architecturaux seront de première importance. Le nouveau bâtiment devra à la fois tenir compte de la structure existante et lui être relié, mais également offrir un lieu de vie optimal aux résidents, tout en étant un lieu de travail fonctionnel pour les équipes.

⁸⁵ MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE. *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales*. p. 19.

⁸⁶ Cette convention est placée en annexe II.

⁸⁷ Maison Départementale des Personnes Handicapées.

⁸⁸ BOTTA J.-M., BAPTISTE R., ARNAUD M., et al. *Handicap psychique. De la reconnaissance aux réponses de terrain*. CREAL Rhône-Alpes, juin 2007, n°139. p. 15.

Il sera nécessaire de faire participer l'ensemble du personnel du service aux décisions architecturales, car les agents connaissent le FAM actuel, les besoins des personnes accueillies et leurs propres exigences quant au fonctionnement.

En ce sens, le guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales de la MNASM considère que « *la prise en compte des résidents, et du type de pathologies dont ils sont porteurs, doit guider la conception des lieux* »⁸⁹. Parmi les éléments mis en avant, nous retiendrons :

- l'isolation acoustique⁹⁰ ;
- la qualité de revêtements de sol, la protection des murs ;
- la facilité d'orientation, de repérage (codes couleurs...) ;
- la fonctionnalité ;
- l'esthétisme⁹¹...

Nous sommes conscients que, pour le résident, « *l'hébergement doit (...) être individualisé, comporter des moyens pour favoriser l'autonomisation, la communication, l'objectif étant de permettre de s'exprimer, communiquer, maintenir, voire développer ses acquis, dans un environnement qui confère une sécurité maximum* »⁹².

La construction du nouveau bâtiment du FAM de La Réole doit tenir compte des divers points que nous venons d'énoncer.

Ainsi, en ce qui concerne le repérage, il faut que les espaces de vie, de soins et d'animation soient clairement identifiés : à chaque lieu son utilité.

Pour ce qui est de l'isolement phonique, une attention particulière doit y être apportée afin de ne pas risquer une dégradation de la qualité de vie des résidents.

Enfin, la structuration des espaces « nuits » doit permettre d'organiser la prise en charge des résidents en fonction de leur âge, mais aussi et surtout de leur autonomie.

⁸⁹ MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE. *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales*. Annexe IV. p. 64.

⁹⁰ L'isolation acoustique est à prendre en compte du fait de la proximité de la route. En effet, « *le bruit dû au trafic routier est également une nuisance* » (CH DE LA RÉOLE. *Projet institutionnel 2008-2012 du FAM pour handicapés psychiques stabilisés*. p. 15.).

⁹¹ L'esthétisme n'est aucunement superflu, car les locaux construits constitueront le lieu de vie des résidents et le lieu de travail des équipes. Il peut au contraire constituer un élément majeur de la qualité de vie de chacun.

⁹² MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE. *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales*. p. 23.

En conclusion, il est important de prendre le temps de la réflexion pour les choix architecturaux. Il s'agit de décisions cruciales, d'éventuelles « erreurs » pourront très difficilement être « rattrapées ». La conception architecturale conditionne fortement le fonctionnement de la structure et le bien-être des résidents et des équipes.

3.2.4 Un recrutement de personnels qualifiés et en nombre suffisant

Un autre point clé de la réussite du projet d'extension a trait au recrutement des personnels qui vont venir compléter l'équipe actuelle. En effet, comme nous l'avons déjà souligné, ce ne sont pas moins de 49,9 ETP qui vont s'ajouter aux 21,4 ETP en poste. En nombre d'agents, l'effectif du FAM triplera, passant de 25 personnes à 75.

Les emplois à créer ont fait l'objet d'une définition dans le projet d'extension⁹³. Cependant, il va falloir préparer ces recrutements en amont compte tenu de la rareté de certaines qualifications sur le marché du travail et de la « concurrence » d'autres structures publiques et privées.

Vraisemblablement, une partie de ce personnel peut intégrer le FAM du CH de La Réole après mutation du CH de Cadillac (ASH, AS...) du fait de la réduction du nombre de lits de ce dernier établissement⁹⁴. Toutefois, des difficultés de recrutement sont à anticiper pour de nombreux postes, notamment éducatifs.

L'objectif n'est pas seulement ici de pouvoir disposer dès l'ouverture du nouveau bâtiment d'une équipe pluridisciplinaire complète, il est aussi et surtout de chercher à faire venir des personnels qualifiés, expérimentés et intéressés par l'accompagnement médico-social que propose le FAM. En effet, sous l'impulsion de la Direction et de l'encadrement du service, ce sont les équipes qui devront offrir au quotidien une prise en charge répondant aux besoins des personnes accueillies, au travers de multiples facettes : activités, soins, occupations, sorties, groupes de parole, écoute, prévention des situations de violence... À ce titre, nous pouvons convenir que : *« s'il est très souvent et, à juste raison, rappelé que le personnel représente 70% des dépenses d'exploitation des établissements publics de santé, il faut aussi souligner qu'il en constitue 99% des richesses »*⁹⁵.

⁹³ Le tableau des effectifs est placé en annexe IV.

⁹⁴ Le CH de Cadillac ayant de nombreux postes d'IDE vacants, il est certain que leur recrutement sera plus complexe.

⁹⁵ DERENNE O., LUCAS A. *La gestion et l'organisation des ressources humaines*. ENSP, 2003. p. 18.

Au final, il s'agit d'éviter de se trouver dans l'obligation de recruter des personnels « faute de mieux ». C'est pourquoi il me semble important de débiter les recherches de personnels suffisamment tôt⁹⁶ pour convaincre les professionnels les plus compétents et les plus motivés⁹⁷ par ce projet de se préparer à intégrer la nouvelle équipe. Il faut également proposer des études promotionnelles aux agents pour créer les compétences en interne et diminuer les risques liés au recrutement.

3.2.5 Une politique de formation continue renforcée

Une politique efficace de ressources humaines pour le projet d'extension du FAM ne peut pas se limiter aux recrutements. Il est indispensable que le personnel bénéficie de formations continues. En effet, parmi les agents recrutés, il est à prévoir que certains ne disposeront d'aucune expérience en structure médico-sociale. La plupart n'en auront pas en FAM pour adultes handicapés psychiques.

En outre, de nouveaux métiers vont faire leur apparition dans la structure du fait de l'extension. Il faudra veiller au bon accompagnement des personnes qui vont occuper ces emplois.

En sus des nombreuses formations continues qui sont déjà proposées aux nouveaux personnels du FAM (droits des usagers, prévention et gestion de la violence, lutte contre la maltraitance...), je préconise la mise en place d'une formation, à destination de l'ensemble des équipes, sur les pathologies que les agents rencontrent dans le service.

En effet, j'ai pu observer lors de différentes visites de structures qu'une grande majorité de personnels ne connaissaient pas (ou très peu) les caractéristiques des pathologies portées par les résidents. Il leur était ainsi difficile de comprendre leurs comportements et de leur amener les réponses appropriées. Les agents se sentaient dès lors frustrés et impuissants à garantir une prise en charge bénéfique pour la personne accueillie.

Je propose donc, sur ce thème, l'organisation de journées de formation comportant des apports théoriques (présentation de la schizophrénie, des psychoses infantiles...), mais surtout des propositions de réponses face à des situations concrètes vécues par les équipes. Une telle formation a également l'avantage de permettre aux personnels de

⁹⁶ Le choix du début de la période de recherche dépendra du type d'emploi à pourvoir (et donc de la situation du marché du travail pour ce type d'emploi).

⁹⁷ Nous avons trop vu par le passé (et parfois encore aujourd'hui) des personnels non compétents dans les activités sanitaires (jugées nobles) être affectés contre leur gré auprès des personnes âgées et des personnes handicapées dans les unités médico-sociales (bien moins considérées).

s'exprimer en groupe sur des évènements qui ont pu les mettre en difficulté et créer des tensions ou des craintes.

Enfin, il convient d'instaurer un processus de « démultiplication » de certaines formations : chaque personnel pourrait ainsi présenter les principaux éléments contenus dans la formation qu'il vient de suivre à d'autres agents du service, afin d'amplifier les retombées positives de celle-ci et d'aider à la création d'une « culture commune », partagée par les membres de l'équipe.

3.2.6 Une préparation de la période d'intégration des nouveaux personnels

Concernant le personnel, un dernier élément me semble intéressant : il me paraît essentiel de préparer l'arrivée des agents recrutés à l'occasion de l'ouverture du nouveau bâtiment. En effet, un triplement de l'effectif peut difficilement se dérouler sans incident en l'absence d'une réflexion en amont. Dans ce cadre, il faut bien noter que la principale particularité de l'extension de la structure est que le personnel recruté sera majoritaire vis-à-vis des agents actuellement en poste.

Il est donc du devoir de la Direction d'anticiper les éventuels conflits qui pourraient naître de la rencontre des professionnels « anciens » et « nouveaux », car de tels évènements ont toujours lieu au détriment des résidents.

Notamment, les difficultés peuvent trouver leurs origines dans une incompréhension entre les agents due par exemple à des différences de pratiques entre les catégories professionnelles, du fait de formations initiales et d'expériences très diverses. Dans cette optique, il est utile de citer Marcel JAEGER : « *Selon le type de formation initiale qui fonde ensuite une reconnaissance statutaire, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux ou de soignants, les professionnels ont une capacité plus ou moins grande à faire autre chose que ce pour quoi ils ont été exactement formés ; mais il importe d'abord qu'ils évitent de s'enfermer dans une logique de corporation, faute de quoi les mots-valises de partenariat, d'ouverture, de travail en réseau resteront dans la poésie, pour ne pas dire dans le jargon, et n'auront pas d'implication pratique* »⁹⁸.

Par conséquent, il faut réussir à créer une synergie, un esprit d'équipe, un lien entre les personnels « anciens » et « nouveaux ». Pour ce faire, il est important que le dialogue

⁹⁸ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. 2^{ème} édition. Dunod, 2006. pp. 5-6.

s'établisse entre les agents. L'encadrement du service doit veiller à l'apparition de ce dialogue, mais également à son maintien dans le temps. En ce sens, les groupes de parole réunissant les personnels devront être plus fréquents dans les mois suivant l'extension de capacité : il est essentiel que les agents puissent se parler. À ce sujet, il est possible d'affirmer, avec Daniel BRANDÉHO, que « *verbaliser son anxiété, c'est commencer à débloquent les mécanismes psychologiques qui la font naître. Cette réintroduction de la parole doit contribuer à renforcer le soutien de l'équipe, pas seulement dans la recherche du partage des difficultés matérielles, mais dans l'aide psychologique nécessaire pour que chacun puisse assumer ses humeurs dans le travail* »⁹⁹.

Par ailleurs, les formations continues suivies en commun constitueront aussi un puissant outil pour insuffler un esprit d'équipe.

Enfin, la préparation collective du projet de service 2013-2017 sera l'occasion de fortement consolider les acquis.

3.2.7 Une recherche de partenariats et une logique de réseaux

Il est important que chaque professionnel perçoive bien, prenne conscience, que sa mission propre n'est qu'un maillon d'une chaîne destinée à répondre aux multiples besoins des personnes adultes handicapées psychiques. De cette idée de maillon, il est aisé de prolonger notre vision vers les termes de lien, d'interaction, de réseaux.

Il apparaît ainsi capital de pouvoir travailler en complémentarité, en partenariat, avec tous les intervenants auprès des personnes accueillies, tant dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire.

Cependant, ces deux champs sont historiquement séparés et sont caractérisés par des cultures professionnelles identitaires. L'existence d'une articulation entre ces secteurs nécessite au préalable de sortir de logiques de corporation et de sensibiliser les acteurs. Ce ne sera qu'alors que la prise en compte des compétences de chacun pourra déboucher sur un dialogue et un travail coordonné.

En ce sens, pour le FAM du CH de La Réole, il me semble intéressant que le partenariat avec le CH de Cadillac soit poussé plus avant :

- les équipes du FAM pourraient rendre visite aux futurs résidents pour apprendre à les connaître ;

⁹⁹ BRANDÉHO D. *Usure dans l'institution*. 2^{ème} édition. Éditions ENSP. p. 75.

- des stages pourraient être organisés dans chaque structure au profit des personnels de l'autre, afin que les agents puissent mutuellement enrichir leurs connaissances et expériences...

Enfin, en aval, il convient de rappeler que le FAM a un rôle d'ouverture sur la société. Dans ce cadre, il serait possible de rechercher des partenariats pour permettre de multiplier les possibilités de sorties des résidents dans la cité : associations...

3.2.8 Une attention particulière à porter aux résidents du FAM actuel

Je souhaite terminer ces paragraphes relatifs aux préconisations par un retour sur la situation des 22 résidents actuels. Ainsi, s'il est indéniable que l'extension du FAM peut leur procurer des avantages, notamment en termes de diversification des compétences du personnel (recrutement d'une assistante sociale, d'un cadre socio-éducatif, d'éducateurs spécialisés, d'un moniteur d'atelier...) mais aussi de types de locaux disponibles, elle comporte néanmoins pour eux un certain nombre de risques.

En effet, un personnel plus nombreux ne sera-t-il pas au final moins proche de chacun des résidents ? Cette situation peut-elle ne pas générer de l'angoisse, et par là-même de la violence ?

En fin de compte, il est important que l'amélioration de la prise en charge proposée aux patients du CH de Cadillac bénéficiant d'une orientation FAM qui seront accueillis dans l'extension ne débouche pas parallèlement sur une dégradation des conditions de vie des résidents actuellement hébergés dans le service.

Ainsi, les travaux et le bruit qu'ils génèrent avant l'ouverture, puis l'apparition de nouveaux locaux, de nouveaux personnels et de nouveaux résidents par la suite, constituent autant de sources potentielles de déstabilisation des 22 personnes accueillies.

L'extension achevée, le FAM sera de taille bien supérieure, moins « familial ». En outre, la cohabitation entre les 22 résidents actuels et les 53 nouveaux, pour la plupart hébergés depuis plusieurs années au CH de Cadillac, risque de devenir très rapidement conflictuelle.

Pour toutes ces raisons, il me semble indispensable que l'encadrement du service demande un fort soutien du psychiatre et du psychologue du FAM pour préparer au mieux les personnes actuellement accueillies à ces profonds changements dans leur vie quotidienne, vraisemblablement générateurs d'angoisse. Une attention particulière devra ainsi leur être portée avant, pendant et après l'ouverture de l'extension.

CONCLUSION

Il peut être à présent intéressant d'effectuer un retour sur les quatre hypothèses que nous avons eu l'occasion de tester tout au long de notre démarche, car elles ont guidé la construction de ce mémoire.

Ainsi, il paraît tout d'abord évident que l'extension du FAM trouve une origine dans le constat d'un manque de places dans le département pour ce type de structure. Il semble aussi certain que l'offre de prise en charge que propose le FAM correspond mieux aux besoins des adultes handicapés psychiques stabilisés bénéficiant de cette orientation que leur actuel hébergement en CH(S). Il est également clair que ce projet d'extension répond à une volonté du CH de La Réole de davantage développer son secteur médico-social. À ce titre, on peut lire dans le projet d'établissement 2007-2011 du CH, parmi les orientations stratégiques : « *La réorganisation des activités en marche depuis longtemps au CH de La Réole, ainsi que l'engagement fort de l'État et l'attention toute particulière du Département de la Gironde en direction des personnes handicapées nous permettent d'envisager le développement conséquent de nos moyens à l'égard de ces derniers* »¹⁰⁰. Cependant, l'hypothèse selon laquelle l'extension est susceptible d'entraîner une amélioration de la prise en charge des 22 résidents actuels ne peut pas être validée, en dépit d'aspects positifs certains, compte tenu des dangers que nous avons identifiés.

Je souhaite, pour terminer ce mémoire, insister sur le rôle d'ouverture sur la cité que possède le FAM. En effet, il s'agit d'une structure médico-sociale « ouverte », au contraire d'un centre hospitalier spécialisé. Il est donc essentiel de proposer aux résidents de nombreuses activités se déroulant au cœur de la ville.

Toutefois, cette démarche demeure encore difficile du fait de la persistance d'une perception négative des personnes handicapées psychiques dans la société. Ainsi, l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités »¹⁰¹ montre qu'à la notion de « fou » sont associés les termes de danger, d'enfermement asilaire, d'inutilité des soins. Le « malade mental » est vu comme rattaché au CHS, son état nécessitant des traitements médicamenteux. Sa guérison est parfois envisagée. Plus généralement, nous comprenons que « fous » et « malades mentaux » font tous deux « peur ».

¹⁰⁰ CH DE LA RÉOLE. *Projet d'établissement 2007-2011*. p. 9.

¹⁰¹ DREES. *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites*. Études et Résultats. N°116. Mai 2001.

C'est contre cette perception négative qu'il est important de lutter au quotidien. Au plan local, le FAM doit trouver davantage de partenariats pour informer la population et permettre une réelle participation des résidents à la vie de la cité.

Mais il s'agit d'un autre débat, complexe, qu'il est essentiel de mener au niveau national. Il en va de la qualité de vie que l'on propose aux personnes handicapées psychiques, qu'elles habitent en ville, en structure médico-sociale ou en centre hospitalier spécialisé.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1960. – Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. *Texte non paru au Journal Officiel de la République Française.*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1975. – Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} juillet 1975, p. 6596.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1975. – Loi n°75-535 du 30 juin 2005 relative aux institutions sociales et médico-sociales. *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} juillet 1975, p. 6604.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1978. – Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française*, 28 décembre 1978, p. 4304.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1986. – Circulaire n°86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés. *Texte non paru au Journal Officiel de la République Française.*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1990. – 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. *Journal Officiel de la République Française*, 30 juin 1990, p. 7664.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. – Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996, p. 6324.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. – Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, p. 124.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003. – Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. *Journal Officiel de la République Française*, 6 septembre 2003, p. 15391.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2005. – Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. *Journal Officiel de la République Française*, 12 février 2005, p. 2353.

Rapports et études :

AGENCE RÉGIONALE D'HOSPITALISATION D'AQUITAINE. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2011* [en ligne]. Mars 2006 [6 juin 2007]. Disponible sur Internet : <http://comex.arh-aquitaine.org/StockARH/SROS/ARH-SROS_Aquitaine.pdf>

AGENCE RÉGIONALE D'HOSPITALISATION D'AQUITAINE - CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC. *Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2005-2009*. Janvier 2005. 55 p.

CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC. *Projet d'Établissement 2003-2007*. Juin 2003. 101 p.

CENTRE HOSPITALIER DE CADILLAC. *Projet Médical 2002-2006*. 99 p.

CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉOLE. *Projet d'Établissement 2007-2011*. Décembre 2006. 194 p.

CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉOLE. *Projet d'extension de 53 lits et places du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques*. Octobre 2006. 43 p. (hors annexes)

CENTRE HOSPITALIER DE LA RÉOLE. *Projet institutionnel du Foyer d'Accueil Médicalisé pour handicapés psychiques stabilisés 2008-2012*. Janvier 2008. 44 p.(hors annexes)

CHARZAT M. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*. Rapport parlementaire à Madame Ségolène ROYAL, Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, 2002. 138 p.

CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL RÉGIONAL DE RHÔNE-ALPES. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle*. Rapport n°2005-03, 2005. 45 p.

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA GIRONDE. *Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale des personnes adultes handicapées 2007-2011* [en ligne]. Décembre 2006 [6 juin 2007].

Disponible sur Internet : <http://www.cg33.fr/doc_joint/avotreservice/schema_PH.pdf>

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2001*. N°64. Mai 2004. 257 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008* [en ligne]. [Actualisé en novembre 2007].

Disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf>

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE. *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales* [en ligne]. Janvier 2001 [19 novembre 2007].

Disponible sur Internet :

<http://www.mnasm.com/downloads/GUIDE_METHODOLOGIQUE.pdf>

PARTENAIRES DE SANTÉ MENTALE FRANCE. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité* [en ligne]. Juin 2001 [26 novembre 2007].

Disponible sur Internet :

<<http://www.unafam.org/telechargements/LivreBlancSanteMentale.pdf>>

PIEL E., ROELANDT J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité [en ligne]. Juillet 2001 [26 novembre 2007].

Disponible sur Internet : <http://www.serpsy.org/rapport/rapport_Piel_Roeland.htm>

PRÉFECTURE DE LA RÉGION D'AQUITAINE, DRASS D'AQUITAINE. *Document de cadrage - Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie* [en ligne]. Avril 2007 [20 novembre 2007].

Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv/download/doc_cadrage_priac.pdf>

PRÉFECTURE DE LA RÉGION D'AQUITAINE, DRASS D'AQUITAINE. *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie* [en ligne]. Avril 2007 [20 novembre 2007].

Disponible sur Internet : <http://aquitaine.sante.gouv/download/priac_2007_2011.pdf>

Ouvrages lus :

BRANDÉHO D. *Usure dans l'institution*. 2^{ème} édition. Rennes : Éditions ENSP, 2000. 170 p.

CELSUS A.-C., dit CELSE, *Traité de médecine d'A.-C. Celse : traduction nouvelle*. Paris : Masson, 1876. Livre III, Chapitre XVIII : Des trois espèces de folie, pp. 174-181. [en ligne]. [16 juin 2008]. Disponible sur Internet : <<http://web2.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica.fr>>

JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social. Travail social et psychiatrie*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2000. 166 p.

LIBERMAN R. *Handicap et maladie mentale*. Collection : Que sais-je ? PUF, 1999. 126 p.

OMS, INSERM, CTNERHI. *Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies*. Publications du CTNERHI, diffusion PUF, 203 p.

MASSÉ G., CHALEIX M., COLDÉFY M., et al. *La prise en charge de la santé mentale. Recueil d'études statistiques*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 314 p.

Ouvrages cités :

CANNEVA J. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. UNAFAM, Mai 2003.

COLOMBIER J., DOUBLET F. *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*. 1785.

DERENNE O., LUCAS A. *La gestion et l'organisation des ressources humaines*. ENSP, 2003. 221 p.

DEUTÉRONOME. Cinquième livre du Pentateuque, code de lois civiles et religieuses, charte de la réforme religieuse de JOSIAS (622 avant J.-C.).

LONDRES A. *Chez les fous*. Collection « Motifs ». Le serpent à plumes, 1999.

PINEL P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. 1801.

Articles de périodiques :

BOTTA J.-M., BAPTISTE R., ARNAUD M., et al. « Handicap psychique. De la reconnaissance aux réponses de terrain ». *CREAI Rhône-Alpes*, juin 2007, n°139.

COLDÉFY M., JUHAN P. « Psychiatrie et handicap, entre sanitaire et médico-social. Les enseignements d'un questionnaire ». *Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, Janvier 2007, n°64.

PONSSARD M.-C. « Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Île-de-France ». *Pluriels, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, Février 2007, n°65.

Mémoires :

DENOUAL-BOLZER C. *Changer le regard porté aux personnes lourdement handicapées. Création d'une structure médico-sociale au Centre Hospitalier Étienne GOURMELEN*. DESMS, ENSP, 2003-2004, 71 p.

MARTIN A. *De la prise en charge à la prise en compte du vieillissement des personnes mentalement handicapées : vers une articulation du sanitaire et du médico-social pour respecter leur spécificité.* DESMS, ENSP, 2005-2006, 77 p.

PFLUMIO L. *Élaborer et faire vivre le projet FAM de l'Oberried, au service de la qualité de vie des résidents.* CAFDES, ENSP, 2005, 99 p.

Sites Internet :

<http://www.gironde-handicap.fr>

<http://ch-charcot56.fr/histoire/histpsy>

<http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>

Documents audiovisuels :

BLANCHARD D.-E. *Le cimetière des fous de Cadillac (Gironde)* [en ligne]. 2007. [3/12/2007].

Disponible sur Internet : <http://www.dailymotion.com/borddeleau/video/x3f0n0_le-cimetiere-des-fous-par-michel-be>

BxN. *Pavillon 36.* Extrait de l'album *Abracadaboum.* Folklore de la Zone Mondiale, 1987.

FRICKER A. *Voyage au cœur de la psychiatrie* (10 épisodes) [en ligne]. 2006 [15/1/2008].

Disponible sur Internet :

<<http://www.europeus.org/archive/2007/11/15/voyage-au-cœur-de-la-psychiatrie-episode-1-10.html>> (pour l'épisode 1)

Liste des annexes

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE II : CONVENTION CH DE LA RÉOLE / CH DE CADILLAC

ANNEXE III : ÉVALUATION AGGIR DES 22 RÉSIDENTS ACTUELS DU FAM

ANNEXE IV : TABLEAU DES EFFECTIFS ACTUELS DU FAM ET DES PERSONNELS À
RECRUTER LORS DE L'EXTENSION

ANNEXE V : ESQUISSE ARCHITECTURALE DE L'EXTENSION DU FAM

ANNEXE I

GUIDE D'ENTRETIEN

La diversité de fonctions et d'établissements d'appartenance des professionnels rencontrés a nécessité sur le terrain la constitution de plusieurs guides d'entretien, certaines questions devant être différenciées.

Par souci de synthèse, le guide d'entretien présenté ici reprend les principales questions posées au cours des entretiens réalisés avec les cadres de santé du FAM du CH de La Réole.

- Questions relatives à l'organisation du FAM actuel

- Quelles sont les caractéristiques de la population actuellement accueillie au FAM 22 ?
- Y a-t-il une prise en compte du vieillissement des résidents actuels ?
- Concernant l'architecture du FAM 22, percevez-vous des problèmes de configuration ?
- Quels sont les besoins en formation prioritaires pour le personnel ?
- Quel est le niveau de l'absentéisme ? Y a-t-il un phénomène de burn-out ?
- Avez-vous des difficultés de recrutement ?
- Quelles sont les différentes réunions instaurées dans le service ?

- Questions relatives à l'état d'avancement du projet d'extension

- Où en est le projet d'extension de 53 lits et places du FAM ?
- Le projet d'extension déposé au CROSMS a-t-il été réalisé collectivement, avec l'équipe ?
- Y a-t-il eu au préalable une analyse de l'existant, un recueil des besoins ?

- L'esquisse architecturale présente dans le dossier a t-elle reçue l'aval de l'équipe ?
- Le dernier projet de service du FAM 22 a-t-il abordé le projet d'extension ? Si oui, qu'en ressort-il (projet de vie, organisation...) ?

- Questions relatives au fonctionnement de l'extension du FAM

- Dans l'extension, y aura-t-il des mesures spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes ? Si oui, lesquelles ? (salles de bains aménagées...)
- Quelles sont les caractéristiques des personnes à accueillir lors de cette extension ? (troubles du comportement ? participation aux activités ? critères d'âge ? pathologies ?...)
- Quels effets peut produire cette extension sur les personnes déjà accueillies ? (nouveaux personnels, nouveaux résidents...)
- Quels problèmes risquent de se poser dans les mois suivants l'accueil des nouveaux résidents ?
- Quelle est l'attitude du personnel par rapport à cette extension ? (appréhension, impatience...)
- Quelles qualifications sont attendues du personnel qui sera recruté pour l'extension ? Quelles formations continues seront à mettre en place ?
- Quels problèmes risquent de se poser lorsque l' « ancien personnel » minoritaire (du FAM actuel) sera confronté au « nouveau personnel » majoritaire (de l'extension) ?

- Question diverse

- Quel est votre sentiment général par rapport à ce projet d'extension ?

ANNEXE II
CONVENTION CH DE LA RÉOLE / CH DE CADILLAC

CONVENTION

Entre

Le Centre Hospitalier de CADILLAC représenté par Monsieur Christian BRIFFA, son Directeur, d'une part,

Et

Le Centre Hospitalier de La Réole représenté par Monsieur Jean Charles MELNITCHENKO, son Directeur, d'autre part.

Exposé des motifs préalables

Le Centre Hospitalier de La Réole dispose d'un Foyer d'Accueil Médicalisé de 22 lits pour handicapés psychiques qu'il souhaite étendre et transformer par le biais d'une construction neuve en Foyer d'Accueil Médicalisé de 75 places dont une place pour des hospitalisations temporaires et deux places d'accueil de jour, en totalité destinées à des personnes handicapées psychiques.

Le Centre Hospitalier de Cadillac, à l'annexe 2 / fiche 05 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens qui a été signé le 28 janvier 2005 avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine, a prévu de contribuer à la création d'une structure médico-sociale en mettant à la disposition de celle-ci, lors de son ouverture, le personnel (ou les moyens financiers) correspondant au fonctionnement de 25 lits d'hospitalisation moyennant la garantie de pouvoir externaliser sur la nouvelle structure 50 des patients hospitalisés actuellement de façon inadéquate dans l'établissement.

Ces motifs ayant été rappelés,

Il est convenu et arrêté ce qui suit

Article 1.

En contrepartie de l'engagement pris par le Centre Hospitalier de Cadillac à l'article 2 ci-dessous, le Centre Hospitalier de La Réole s'engage lors de l'ouverture de la structure Foyer d'Accueil Médicalisé dont le projet est mentionné à l'exposé des motifs ci-dessus, à accueillir au sein de celle-ci de façon prioritaire et sans délai, 50 patients hospitalisés de façon inadéquate au Centre Hospitalier de Cadillac et bénéficiant d'une orientation notifiée par la CDAPH en FAM.

Article 2.

En contrepartie de l'engagement pris par le Centre Hospitalier de La Réole à l'article 1 ci-dessus, le Centre Hospitalier de Cadillac s'engage à favoriser l'ouverture de la structure Foyer d'Accueil Médicalisé dont le projet est mentionné à l'exposé des motifs ci-dessus, en y affectant selon des

modalités techniques qui seront définies avec les autorités territoriales, les effectifs de personnel ou moyens financiers correspondants tels qu'ils ont été chiffrés à l'annexe 2 / fiche 05 du CPOM passé avec l'ARH d'Aquitaine, à savoir 711 800 euros, (valeur juillet 2003) et réévalué à la date d'ouverture.

Article 3.

Une fois la population de 50 patients du Centre Hospitalier Spécialisé de Cadillac accueillie au sein du FAM pour handicapés psychiques dont il est fait mention aux articles 1 et 2 ci-dessus, et au fur et à mesure que des places se libèreraient, un minimum d'une place sur deux sera systématiquement réservée pour des patients du Centre Hospitalier de Cadillac relevant d'une orientation médicale adaptée.

Un bilan semestriel des admissions opérées sera communiqué par le Directeur du Centre Hospitalier de La Réole au Centre Hospitalier de Cadillac afin d'établir l'application des dispositions figurant à l'alinéa ci-dessus.

Article 4.

Les deux établissements signataires s'engagent à élaborer en lien avec les responsables médicaux concernés un protocole de gestion des crises et de recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour les personnes accueillies au sein de la structure médico-sociale dont il est fait mention ci-dessus préalablement à son ouverture.

Article 5.

Lors de l'ouverture du nouveau bâtiment, une commission inter établissements à laquelle seront associés des représentants du Conseil Général, de la DDASS et de la MDPH sera constituée afin d'étudier les dossiers d'admission.

Article 6.

Afin de favoriser l'ouverture du FAM pour handicapés psychiques dont il est fait mention aux articles 1 et 2 ci-dessus, le Centre Hospitalier de Cadillac s'engage à solliciter auprès des autorités compétentes l'attribution d'un temps médical permettant la rétrocession par voie conventionnelle d'un 0.20 % d'équivalent temps plein de médecin psychiatre au Centre Hospitalier de La Réole, afin de favoriser la continuité du service médical de la nouvelle structure.

Les 0.20 % d'équivalent temps plein de médecin psychiatre dont il est fait mention à l'alinéa ci-dessus doivent être dissociés et viennent en sus du 0,10 % d'équivalent temps plein de médecin psychiatre exerçant dans le FAM 22 du Centre Hospitalier de La Réole existant.

Article 7.

Eu égard aux problématiques aiguës de sur-occupation du Centre Hospitalier de Cadillac, du fait de la présence au sein de l'établissement de patients en hospitalisation inadéquate,

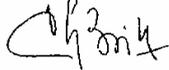
Dans l'hypothèse où le projet de FAM pour personnes handicapées psychiques dont il fait mention à l'exposé des motifs de la présente convention ne recevrait pas dans un délai de six mois un assentiment des autorités compétentes, la présente convention deviendrait automatiquement caduque.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où le Centre Hospitalier de La Réole ne serait pas en mesure, notamment pour des problématiques d'investissement de confirmer la faisabilité de l'opération dans un délai de un an à compter de la signature de la présente convention, le Centre Hospitalier de Cadillac est en droit de se délier des obligations qu'elle contient.

Article 8.

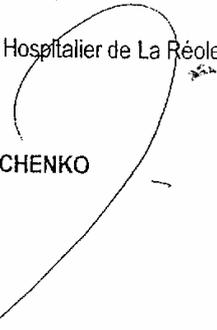
En cas de litige et à défaut de règlement amiable, les parties se réservent le droit de saisir le Tribunal Administratif de Bordeaux.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Cadillac



Christian BRIFFA

Le Directeur du Centre Hospitalier de La Réole



Jean-Charles MELNITCHENKO

ANNEXE III

ÉVALUATION AGGIR DES 22 RÉSIDENTS ACTUELS DU FAM

L'étude a été réalisée auprès des 22 résidents présents au FAM le 28 septembre 2006.

Chaque variable comporte 3 modalités :

- A : fait spontanément seul, habituellement et correctement (suppose qu'il n'existe pas d'incitation) ;
- B : fait partiellement ou non habituellement ou non correctement ;
- C : ne fait pas.

Variables discriminantes	A	B	C
Cohérence	4	8	10
Orientation	13	8	1
Toilette	1	13	8
Habillage	11	10	1
Alimentation	11	11	0
Élimination	12	9	1
Transfert	21	0	1
Déplacements à l'intérieur (sans accompagnement)	21	0	1
Déplacements à l'extérieur (sans accompagnement)	4	0	18
Communication à distance	5	0	17

L'étude réalisée montre que la quasi-totalité des résidents ont de bonnes capacités de déplacement et d'orientation. Mais, en grande majorité, ils ont besoin d'être accompagnés à l'extérieur.

Presque tous les résidents doivent être aidés, partiellement ou totalement, pour la toilette. L'élimination et l'alimentation sont pour moitié des résidents un problème impliquant une aide et une surveillance.

Tous, à des degrés divers, sont dépendants dans les différents actes de la vie quotidienne. Il leur faut un accompagnement et une stimulation permanente.

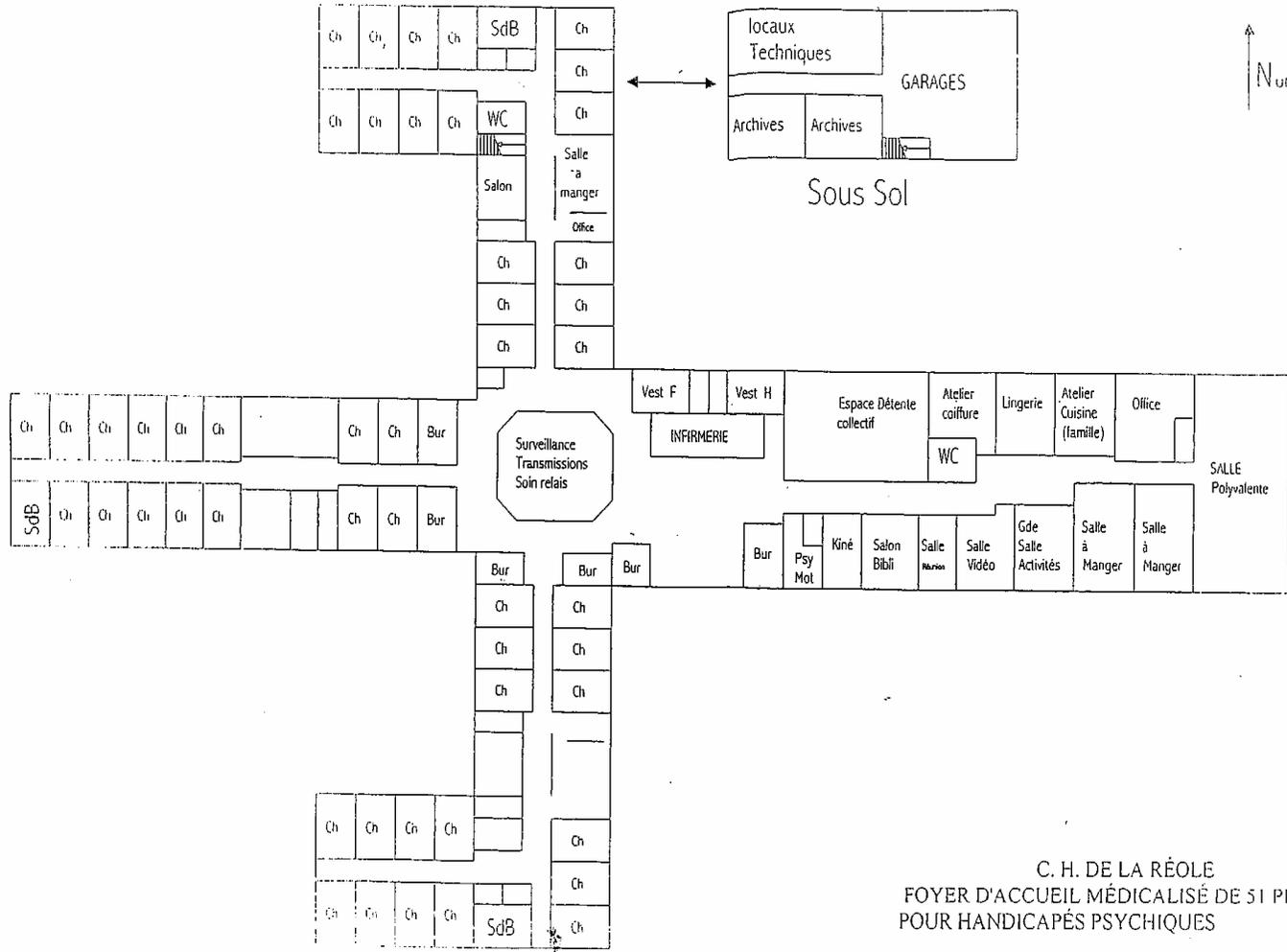
ANNEXE IV

TABLEAU DES EFFECTIFS ACTUELS DU FAM
ET DES PERSONNELS À RECRUTER LORS DE L'EXTENSION

Catégorie professionnelle	FAM 22 existant	FAM 53 à construire	Total FAM 75 lits et places
<i><u>Personnel médical</u></i>			
Praticien hospitalier temps partiel	0,2	0	0,2
Médecin psychiatre	0,1	0,2	0,3
<i><u>Personnel non médical</u></i>			
Psychologue clinicien	0,1	0,2	0,3
Assistante sociale	0	0,5	0,5
Cadre de santé	1	0	1
Cadre socio-éducatif	0	1	1
Éducateur spécialisé	0	4	4
IDE	4	4	8
AS-AMP	10	25	35
Moniteur-éducateur	2	4	6
Animateur	1	1	2
Ergothérapeute	0,5	0,5	1
Psychomotricien	0,5	0,5	1
Moniteur d'atelier	0	0,5	0,5
ASH	2	8	10
Agent administratif	0	0,5	0,5
Total	21,4	49,9	71,3

ANNEXE V

ESQUISSE ARCHITECTURALE DE L'EXTENSION DU FAM



C. H. DE LA RÉOLE
FOYER D'ACCUEIL MÉDICALISÉ DE 51 PLACES
POUR HANDICAPÉS PSYCHIQUES