



MISP

Promotion : **2009 - 2010**

Date du Jury : **septembre 2010**

**La collaboration entre
le sanitaire et le médico-social.
Organisation de formations destinées aux
professionnels du sanitaire et du médico-social
sur la prise en charge du handicap psychique**

Guy DELERUE

Remerciements

Je tiens à remercier le Docteur Marylène Fabre qui m'a suivi tout au long de ce dossier, pour son sens de la pédagogie, son écoute et sa grande disponibilité.

Sommaire

Introduction	1
1 Les prises en charge en santé mentale	3
1.1 La maladie mentale, évolution de sa prise en charge	3
1.1.1 La maladie mentale.....	3
1.1.2 De la maladie mentale à la santé mentale.....	3
1.1.3 Santé mentale et handicap psychique	4
1.1.4 L'évolution de la prise en charge	5
1.2 La volonté d'une meilleure synergie.....	9
1.2.1 La Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM).....	9
1.2.2 L'enquête sur les « inadéquats » en psychiatrie dans le Nord Pas de Calais.	9
1.2.3 Le groupe de travail « articulation des structures sanitaire, médico-social et social » de la CRCSM	10
1.2.4 Les autres actions de la CRCSM.....	12
1.3 La place du MISP dans la prise en compte de la santé mentale	13
1.3.1 La santé mentale est une des priorités de Santé Publique.....	13
1.3.2 La place du MISP.....	13
2 L'action prévue : la mise en place d'une sensibilisation des acteurs du sanitaire et du médico-social.....	14
2.1 Les préalables au projet de sensibilisation partagée.....	14
2.1.1 Découvrir et comprendre la situation	14
2.1.2 Faire adhérer les différents interlocuteurs au projet	15
2.1.3 Fixer des limites à la découverte de ce nouveau champ	15
2.2 Les formations à mettre en place.....	16
2.3 L'ingénierie de formation	16
2.4 La programmation des formations.....	17
2.5 L'évaluation envisagée.....	18
3 Le programme de formation arrêté.....	18
3.1 Orientation et contenus des programmes de formation.....	19
3.2 Une mise en place non sans difficultés.....	19
3.3 Les imprévus de la démarche.....	19

3.3.1	La complexité des modalités de prise en charge du handicap psychique.....	19
3.3.2	Beaucoup de craintes et peu d'attentes réelles des professionnels pour cette évolution.....	20
3.3.3	Une impression que tout a déjà été fait.....	21
3.3.4	La complexité des formations.....	22
3.3.5	Une action au milieu des tourmentes.....	22
3.3.6	Utiliser le "chaos" et les actions en place.....	22
3.3.7	Nécessité de beaucoup de réajustements.....	23
3.4	Ces formations, sont-elles justifiées ?.....	23
3.5	Bilan des moyens utilisés.....	24
3.6	Facteurs facilitant et partenariats favorisant la mise en place de l'action....	24
4	Résultats obtenus.....	24
4.1	Résultats immédiats.....	24
4.2	Evaluation par rapport aux objectifs de départ.....	25
	Conclusion.....	27
	Bibliographie.....	29
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adultes Handicapés
AMP	Aide médico-psychologique
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAFS	Centres d'Accueil Familial Spécialisé
CAMSP	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CRRFP	Centres de Rééducation, de Réadaptation et de Formation Professionnelle
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CLRP	Centre Lillois de rééducation professionnelle
CMP	Centres Médico Psychologiques
CMPP	Centres Médico-Pédagogiques et Psychologique
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CRCSM	Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale
CREAI	Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées
CROS	Comité Régional de l'Organisation des Soins
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
ESAT	Etablissements ou Services d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FASM	Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine
FNAPSY	Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie
GEM	Groupes d'Entraide Mutuelle
HPST	La loi "Hôpital, patients, santé, territoires"
IEM	Instituts d'Education Motrice
IES	Instituts d'Education Sensorielles
IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
IME	Instituts Médico-Educatifs

ITEP	Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques
LMD	Licence Master Doctorat
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PPSM	Plan psychiatrie et santé mentale
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile
SROMS	Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale
SRoS	Schéma Régional d'Organisation des Soins (ou Sanitaire selon les textes)
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
UNAFAM	Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux

Introduction

En 2008, les services politiques et actions de santé des deux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) du Nord et du Pas de Calais, réalisent à la demande de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) du Nord et du Pas de Calais, une enquête sur "les personnes hospitalisées en psychiatrie en attente d'une place en établissement médico-social suite a une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Celle-ci met en évidence l'existence d'hospitalisations inadéquates en psychiatrie.

Au vu des résultats, la Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM) de l'ARH décide la mise en place d'actions pour favoriser le rapprochement entre le secteur sanitaire (la psychiatrie) et le secteur médico-social. Parmi ces orientations, il est décidé de mettre en place des formations afin de sensibiliser les professionnels et futurs professionnels des 2 secteurs.

Le projet qui m'a été confié a pour objectif de créer une dynamique de rapprochement entre le champ de la psychiatrie et celui du médico-social par le biais de formations, dans un premier temps, afin que chacun ait une meilleure connaissance de la possible complémentarité.

Ma première étape fut de découvrir ces 2 secteurs totalement méconnus et d'essayer de comprendre d'où venait cette division et ces inadéquations. Je me suis plongé dans les écrits pour mieux appréhender ces deux secteurs, j'ai suivi deux semaines de formation continue sur la santé mentale, organisées conjointement par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) à Paris et j'ai participé à divers colloques.

La deuxième étape fut la conception du projet des différents programmes de formations; définir les modalités de formation, imaginer les programmes, travailler l'ingénierie de formation et trouver les intervenants compétents. La clef de voute de l'organisation de ces formations sera la formation à l'intention des internes de psychiatrie, celle-ci me donnant ensuite tous les éléments pour les autres formations (contenu et intervenants).

L'étape suivante fut la mise en place des programmes de ces formations avec ses imprévus et ses obstacles.

La dernière étape, postérieure à ce document sera l'évaluation de ces formations mises en place et la correction des erreurs avant d'envisager leur généralisation à toute la région et de réfléchir sur une diffusion plus large de cette action.

Parallèlement à la mise en place de ces formations, il m'a fallut analyser chaque action dans le cadre de mon mémoire, l'EHESP nous demandant un regard critique sur le rôle joué par le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP).

1 Les prises en charge en santé mentale

Comment sommes-nous passés des "fous" enfermés dans des asiles à la mise en place de projets de vie pour les résidents ayant un handicap psychique ? Les professionnels intervenants dans ce vaste champ sont nombreux et d'origines variées avec des regards très différents sur l'usager.

1.1 La maladie mentale, évolution de sa prise en charge

1.1.1 La maladie mentale

La psychiatrie a été reconnue comme discipline médicale en décembre 1968, par un texte et par la mise en place d'un certificat d'étude spécial. C'est la séparation de la neurologie et de la psychiatrie

Les troubles mentaux sont en augmentation « *Selon l'Organisation mondiale de la santé, les troubles psychiatriques seront en 2020 la première pathologie, devant les maladies cardio-vasculaires. En trente ans, le nombre de dépressions déclarées a été multiplié par six. Le Conseil économique et social chiffre à 20 % le nombre de Français souffrant de troubles psychiques et du comportement.* » nous précise la journaliste Sophie DUFAU ¹ alors que « *le début de ce millénaire est marqué par une crise majeure de notre système de santé, et que la psychiatrie va mal.* »

L'état des lieux réalisé par le Docteur Viviane KOVESS ² met l'accent sur l'importance de l'évolution des pathologies psychiatriques vers la chronicité et justifie la lutte contre les inadéquations

1.1.2 De la maladie mentale à la santé mentale

Le 6 juin 1656, Louis XIV, par un Edit, crée les hôpitaux généraux qui ne sont ni des établissements de soins, ni des prisons mais des lieux « d'enfermement » mêlant les « insensés » à la population générale des mendiants, des vieillards, des orphelins, des infirmes et des vagabonds. « Les fous sont enfermés » écrit Michel Foucault, et la loi du 21 juillet 1791 rend même les familles responsables de leurs « aliénés ». Il faut attendre 1793, pour que Philippe Pinel enlève les chaînes des aliénés, inspiré par le surveillant Pussin. La loi du 30 juin 1838 crée un nouveau statut juridique pour le « fou » : « *chaque*

¹ DUFAU S., 2006, *Le naufrage de la psychiatrie*, Paris, Albin Michel, 309p.

² KOVESS V., LOPEZ A., PENOCHET J-C., REYNAUD M. / éd, 1999, *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion, 305p

département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ». En 1882, le professeur Charcot est titulaire de la première chaire de neurologie et parmi ses élèves, il y a Freud.

Le mouvement hygiéniste de 1920 met en avant l'hygiène mentale, parmi ses priorités (assainissement, tuberculose, syphilis, alcool) et le premier Ministère de la Santé apparaît en France. Des traitements sont recherchés (lobotomies frontales, sismothérapie vers 1935), et des dispensaires d'hygiène mentale voient le jour à côté « d'hôpitaux psychiatriques » (ex asiles d'aliénés).

Malheureusement, les « fous » font toujours peur, et durant la guerre de 1939 à 1944, Hitler décide l'euthanasie de 80 000 malades mentaux pendant que 40 000 des 115 000 malades hospitalisées en psychiatrie en France meurent de faim et de froid.

Mais les prises en charge continuent d'évoluer. L'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire est évacué en 1941 et les malades se dispersent. C'est une « *expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de la guerre* » (L. Le Guillant, 1941).

L'idée d'une prise en charge thérapeutique évolue, en 1955 on crée le diplôme d'infirmier psychiatrique, en 1958 on reconnaît le travail thérapeutique³ et 1960 voit la prise en charge de « la maladie mentale » évoluer avec la naissance du secteur psychiatrique et l'humanisation des hôpitaux psychiatriques⁴. Les malades mentaux sont perçus autrement. En 1963 il y a création de l'Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux (UNAFAM), puis en 1975, la loi d'orientation sur les handicapés et une loi sur les institutions sociales et médico-sociales⁵ sépare le médico-social du sanitaire.

Le terme « santé mentale » apparut timidement dans la circulaire de 1960, n'est réellement reconnu qu'en 1990⁶, puis par l'OMS en l'an 2000, qui la définit comme « l'auto perception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, bien au-delà de la simple absence de troubles mentaux. » [...] « une aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. ».

1.1.3 Santé mentale et handicap psychique

La notion de handicap psychique, bien que relativement ancienne (déjà évoquée en 1985 au moment des textes sur la politique de sectorisation psychiatrique), n'a été reconnue officiellement qu'en 2005 dans le cadre de la loi du 11 Février 2005, loi pour l'autonomie,

3 arrêté et circulaire du 4 février 1958

4 Circulaire du 15 mars 1960

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

6 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

la citoyenneté et la participation des personnes handicapées⁷ au même titre que les autres types de handicap.

L'article 2 du titre 1^{er} de la loi de précise dans son article. L. 114. «- Constitue un handicap, au sens 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». Cette même loi précise les prestations de compensation dans son titre III chapitre 1^{er} et la reconnaissance de leur droit et de leur statut de travailleur handicapé dans son article 70.

Pascal THÉBAULT lors d'une conférence à l'EHESP insiste sur cette nouvelle dimension du handicap, et sur le fait qu'au-delà d'une "classification" en physique, psychique ou autre, il faut tenir compte des situations de polyhandicap ou de plurihandicap ou de surhandicap⁸

Mais il faut bien faire la différence entre le handicap psychique et le handicap mental. Le handicap mental est la conséquence d'une déficience intellectuelle, générant des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décision. Le handicap psychique est, quant à lui, la conséquence d'une pathologie mentale. Ces troubles d'origines diverses entachent le comportement d'une façon momentanée ou durable et inégalement grave. Ce handicap n'affecte pas directement les capacités intellectuelles mais plutôt leur mise en œuvre.

1.1.4 L'évolution de la prise en charge

A) Le secteur psychiatrique et son évolution

Le secteur de psychiatrie⁹ a pour mission le soin, la prévention et la réhabilitation pour environ 70 000 habitants. Pour ce faire, il est constitué d'un Centres Médico Psychologique (CMP), pilier du secteur et d'un service d'hospitalisation complète et de

⁷ LOI n° 2005-102 du 11 février 2005

⁸ THÉBAULT P., "Les Personnes en situation de handicap; Nouveau contexte, nouveaux enjeux, nouvelles pratiques", Conférence à l'EHESP 16 mars 2010. Pascal THÉBAULT est maître de conférences associé à l'université de Rennes-1 et directeur adjoint du centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps de Bretagne.

⁹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

diverses alternatives¹⁰ (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, appartement thérapeutique, foyer d'accueil thérapeutique, centre de postcure). Le Professeur Stelios STYLIANIDIS considère que notre organisation en secteur est un éléments clés pour un processus de réhabilitation psychosociale¹¹.

Tous ces dispositifs font l'objet d'une planification. La planification de l'offre de soins en psychiatrie est régie par le schéma régional d'organisation des soins (SROS) qui comporte depuis le SROS III de 2005 obligatoirement un volet santé mentale. Cette organisation très spécifique à la France, fait dire au Docteur Pierre BLAISE que "*Le système de santé français est un modèle de complexité*"¹².

B) Les structures médico-sociales

Le secteur médico-social est constitué d'un grand nombre de structures très différentes. Ce qui a amené le Sociologue, Marcel Jaeger à réaliser un Guide du secteur social et médico-social¹³ et le Docteur Marc MAXIMIN, Pédopsychiatre, d'affirmer : "*Evoquer le médico-social tient toujours de la gageure car nous sommes face à un champ d'intervention multiforme, disparate, comprenant des établissements pour lesquels une ligne directrice est toujours problématique à définir*"¹⁴

La loi du 2 janvier 2002 apporte des précisions sur la définition des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle s'inscrit dans une démarche d'adaptation aux droits de l'usager, et l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) définit précisément les établissements sociaux et médico-sociaux :

- Pour les adultes handicapés, ces établissements sont organisés en fonction des niveaux de dépendance ou des degrés d'autonomie :

D'abord les Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT) pour les plus autonomes, puis les foyers d'hébergement ou les foyers occupationnels, puis les Maisons d'Accueil Spécialisée (MAS) et les Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour les plus handicapés.

¹⁰ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales

¹¹ STYLIANIDIS S., 1993, " Eléments clés pour un processus de réhabilitation psychosociale dans le cadre des initiatives européennes " in LOUZOUN C. / éd., 1993, *Santé mentale : réalités Européennes*, Toulouse, Editions Erès, pp 225- 228.

¹² BLAISE P., "L'organisation des soins de santé en France à l'aube des ARS. Vers un système de santé intégré ?" Conférence EHESP 19 mars 2010

¹³ JAEGER M., 2009, *Guide du secteur social et médico-social*, 7ème édition, Paris : Dunod, 323p

¹⁴ MAXIMIN M., CANN Y., 15 mars 2007, "La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ?". *Lien social*, n°832, pp. 8-15

Des services permettent le maintien à domicile le plus longtemps possible : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD ou SIAD), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) et les Centres de Rééducation, de Réadaptation et de Formation Professionnelle (CRRFP).

Les Groupes d'Entraide Mutuelle¹⁵ (GEM) ont pour but quant à eux, de faciliter le désenclavement des personnes ayant un handicap psychique et souffrant d'isolement et d'exclusion sociale en favorisant le tissage de liens sociaux réguliers entre pairs et avec le reste de la cité. Ce sont des entités juridiques indépendantes organisées en association loi 1901 et composées d'adultes connaissant des troubles psychiques. Ces associations sont sous la responsabilité de personnes ayant un handicap psychique. Ceci amène ces personnes à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation d'un projet les concernant.

- Pour les enfants handicapés, les établissements sont organisés en fonction de la nature de la déficience. De nombreux services se sont mis en place pour intervenir sur le milieu de vie de l'enfant :

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), les Centres d'Aide et de Ressources (CER), les Centres Médico-Pédagogiques et Psychologique (CMPP), les Instituts d'Education Motrice (IEM) ou Sensorielles (IES), les Instituts Médico-Educatifs (IME), les Centres d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS), les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) et les Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD).

- Pour les personnes âgées, le secteur médico-social relève de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Il est composé de foyers-logements, d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), et de services d'accueil de jour.

Dès les années 70 à l'instar de la carte hospitalière, un projet de carte médico-sociale circule ; le jeu des acteurs et des groupes de pression s'oppose à cette initiative. La loi de 1975 tente de réguler avec un premier essai de cogestion du secteur médico-social entre pouvoirs publics et acteurs associatifs.

Début des années 80 la décentralisation de l'action médico-sociale fait rentrer les Conseils Généraux dans le développement de ce secteur. Les schémas départementaux

¹⁵ loi N° 2005-102, du 12 février 2005

sont mis en place, c'est le début d'une collaboration entre l'Etat, les élus départementaux et les acteurs professionnels.¹⁶

A partir de 2002, l'offre médico-sociale est régulée par le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil de programmation financière pluriannuelle de l'État en région gérant les financements État – Assurance Maladie – Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il assure l'évolution et l'adaptation de l'offre médico-sociale"

Le PRIAC concerne aussi bien sur les établissements relevant de la compétence tarifaire du Préfet, financés par l'Etat (ESAT, auxiliaires de vie) et l'Assurance-Maladie (IME, MAS, SSIAD...) que ceux relevant de la compétence conjointe ou partagée Préfet - Conseils généraux (EHPAD, FAM...)¹⁷. Ceci met en évidence la double tutelle du médico-social avec l'implication du Conseil Général, ce qui peut rendre plus délicate la création de passerelles entre le médico-social et le sanitaire. D'autant plus que le médico-social pèse peu sur l'assurance maladie, 8 fois moins que le secteur hospitalier, comme le souligne Pascal THÉBAULT¹⁸. Celui-ci présente le secteur médico-social comme étant en pleine expansion, avec une offre bien inférieure à la demande, et avec un quasi monopole associatif dans le champ du handicap (à 90%). Dans ce secteur, les durées de prise en charge sont longues.

On entre dans le médico-social pour y rester et y vivre le plus longtemps possible, alors que lorsque nous sommes admis dans le sanitaire c'est avec l'espoir de guérir et d'en sortir le plus vite possible.

C) L'histoire des séparations

La rupture entre le sanitaire, le social et le médico-social est historique.

Pascal THÉBAULT insiste sur ces deux modèles qui s'opposent : le modèle curatif d'une part où l'on recherche les causes de la maladie et le modèle réadaptatif où l'on cherche avant tout à mobiliser les capacités restantes de l'individu

D) La recherche des complémentarités

Cette recherche de complémentarités peut être justifiée par le nouveau regard porté sur les usagers du système de santé et le souhait de mettre en place de réels projets de vie

¹⁶ TACHON M., "La nouvelle architecture du secteur médico-social, contraintes et perspectives", Conférence à l'EHESP 16 mars 2010

¹⁷ THÉBAULT P., "Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'autonomie (PRIAC)" Conférence EHESP, 16 mars 2010

¹⁸ THÉBAULT P., "Les Personnes en situation de handicap; Nouveau contexte, nouveaux enjeux, nouvelles pratiques", Conférence à l'EHESP 16 mars 2010

pour ces « patients / résidents ». Ce changement de statut peut avoir un effet bénéfique pour ces personnes, sur leur implication dans leur propre parcours de soins.

Le questionnement qu'engendrent les inadéquations d'hospitalisation, sur le plan financier amène les décideurs à favoriser les complémentarités.

1.2 La volonté d'une meilleure synergie

1.2.1 La Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM)

La commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM) a été impulsée en 2003 par ordonnance¹⁹. (Le plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008, outil de planification, a incité, à l'époque, à travailler sur l'articulation entre les différentes structures)

Les missions, les modalités de fonctionnement et la composition de la CRCSM, ont été précisées par un décret²⁰ en 2005. Elle contribue à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé mentale, notamment dans le cadre du SROS. Elle peut formuler toute proposition relative à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du SROS, au développement des réseaux de santé et aux modalités de coopération entre les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux et les établissements et services sociaux et médicaux sociaux, à l'organisation des actions de formation destinées aux professionnels de la santé mentale. Elle associe les représentants professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, des élus, des usagers et de leurs familles. Sa composition est définie par arrêté pris par le Directeur de l'ARH.

Fin 2008, dans la Région Nord Pas de Calais, a été mis en place au sein de la CRCSM un groupe de travail relatif à « l'articulation des structures sanitaires / médico-sociales / sociales ».

1.2.2 L'enquête sur les « inadéquats » en psychiatrie dans le Nord Pas de Calais.

Cette enquête réalisée à la demande de l'ARH, a mis en évidence un nombre important d'hospitalisations « inadéquates » en psychiatrie. Cette population, « inadéquate », est représentée par les personnes handicapées psychiques dont l'état de santé ne nécessite plus de soins médicaux actifs et constants, pour lesquelles la CDAPH a statué sur une orientation en secteur médico-social (foyer de vie, ESAT, foyer hébergement, FAM, MAS).

¹⁹ Ordonnance de simplification administrative n°2003-850 du 4 septembre 2003

²⁰ Décret en Conseil d'Etat n°2005-434 du 6 mai 2005

Au 31 Décembre 2009, 384 hospitalisations « inadéquates », dont 156 nouveaux patients entre 2008 et 2009, ont été relevées dans la région, soit un taux d'hospitalisations inadéquates de 15,1 %. (Le taux national avoisine 25% selon la MNASM), compte tenu des 2515 places autorisées en psychiatrie pour la région Nord Pas de Calais. La durée moyenne d'hospitalisation inadéquate après notification de la CDAPH est de 4 ans, avec un minimum inférieur à un an et un maximum de 19 ans. La médiane est située à 3 ans.

Le coût moyen quotidien, d'une hospitalisation complète en secteur psychiatrique est évalué 489 €²¹, alors que le prix de journée s'élève à 186 € en FAM (frais d'hébergement et de soins), 190,85 € en MAS²², 130 € en foyer de vie, 100 € en foyer hébergement²³ et 32,93 € en ESAT.

Le coût en secteur sanitaire représente donc, environ, le double du coût en secteur médico-social. Une estimation a montré que la situation actuelle représente un surcoût annuel global de plus de 262 millions d'euros. Néanmoins, la comparaison des coûts entre les secteurs sanitaire et médico-social est délicate en raison des frais divers qui s'ajoutent aux frais d'hébergement dans le médico-social (par exemple, les consultations médicales spécialisées).

Au-delà du coût, l'enquête attire l'attention sur la nécessité d'avoir un panel sanitaire et médico-social qui puisse répondre aux besoins tout au long de la vie. La psychiatrie dont la vocation première est de résoudre les épisodes aigus, mais qui a aussi des missions de prévention et de réhabilitation, ne peut répondre à elle seule à la totalité des besoins du patient.

1.2.3 Le groupe de travail « articulation des structures sanitaire, médico-social et social » de la CRCSM

Ce groupe de travail a été mis en place fin 2008. Sa composition est pluridisciplinaire et interdisciplinaire comme la CRCSM. Son objectif : « Etablir et/ou optimiser les prises en charge des personnes handicapées psychiques entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ».

Le groupe s'est réuni à six reprises de février à novembre 2009 et a fait plusieurs constats : la méconnaissance du handicap psychique, la présence dans les services de psychiatrie de la région d'un nombre important de personnes handicapées psychiques relevant d'établissements médico-sociaux, les difficultés pour les équipes de la MDPH et pour les établissements de s'approprier les particularités de la personne handicapée

²¹ Selon les données de l'assurance maladie

²² Selon la Base Régionale des Etablissement sous UNIX (BREX) mise à jour du 10.2.2010

²³ Selon le service tarification de la CPAM

psychique, et enfin le manque d'information des MDPH sur l'ouverture de nouvelles structures.

4 pistes de travail ont été explorées : la constitution d'une boîte à outils, la mise en place de référents dans les structures, la relance des Conseils de Secteurs et la mise en place de formations.

A) La décision de mise en place de formations

L'objectif de la formation est double :

- « créer et enrichir des savoir-faire et des savoir-être des professionnels du sanitaire et du médico-social dans l'accompagnement des personnes handicapées »
- « améliorer l'accompagnement des parcours entre les services de psychiatrie et les structures médico-sociales ».

L'action prévue comporte plusieurs volets :

- Une sensibilisation des internes de psychiatrie au champ du médico-social axé sur la prise en charge du handicap psychique.
- Une sensibilisation des élèves infirmier(e)s en IFSI et des élèves éducateurs spécialisés, dans le cadre de leur formation initiale.
- Une expérimentation concernant le personnel non médical et médical prévue pour fin 2010, dans le cadre de la formation continue. Elle concernera les territoires d'Arras et de Douai.

B) Le travail sur les conventions entre les services de psychiatrie et le médico-social

La CRCSM a mandaté le groupe pour valoriser les rapprochements déjà mis en place entre les services de psychiatrie et les établissements médico-sociaux, donnant lieu à des conventions entre ces secteurs, dont l'objet varie de l'accueil de patients à la mise à disposition d'équipements. Ces initiatives locales sont très mal connues, et l'ARS souhaite favoriser la reproduction d'expériences jugées positives pour les deux secteurs. En mai 2010 un état des lieux est lancé avec l'idée de partager les expériences lors d'une journée régionale relative au lien entre structures psychiatriques et médico-sociales.

Cette réflexion s'est appuyée sur une convention mise en place depuis 3 ans entre un FAM et un EPSM de Lille. Le but de cette convention est d'améliorer la prise en charge des résidents en matière de santé mentale et leur accessibilité aux soins, de préciser les liens entre le FAM et l'EPSM et de favoriser la collaboration.

Le FAM informe en priorité l'EPSM en cas de places vacantes et il s'engage à rester en lien avec le résident lors de son hospitalisation et à le reprendre à la sortie.

Le chef de service du secteur psychiatrique s'engage à assurer le suivi des personnes admises, à accueillir sans délai toute demande d'hospitalisation en milieu spécialisé venant du FAM et à assurer des interventions au Foyer en fonction des projets de soins.

Une évaluation de l'accompagnement des patients devenus résidents du FAM est faite régulièrement lors de réunions des 2 équipes. Cette rencontre permet d'évoquer les situations vécues par les équipes et d'échanger sur les pratiques professionnelles. Des stages croisés, sont mis en place sur la base du volontariat.

Le bilan de ces 3 années de partenariat est positif, il a montré que l'hospitalisation d'un résident suite à un passage à l'acte ou à sa demande s'est toujours fait avec une grande réactivité (il est important d'avoir des interlocuteurs repérés et connus).

Cette collaboration a permis de mieux comprendre le handicap psychique et son instabilité, et a enrichi la réflexion des deux partenaires, sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental.

C) Les autres actions du groupe de travail

- Création, à l'initiative de la MDPH du Nord, d'une fiche de renseignements médicaux et d'une fiche relative à l'environnement de la personne handicapée à joindre au certificat médical et la sensibilisation des professionnels des établissements de psychiatrie sur les fiches de renseignements et les missions des MDPH afin de mettre en place des modalités de collaboration plus constructives.

- Partage d'outils d'évaluation du handicap.

- Proposition de création d'une cellule d'appui régionale technique aux établissements sanitaires et médico-sociaux

- Proposition de 2 pistes d'études à effectuer : l'évaluation des nouveaux dispositifs SAMSAH et SAVS et leur adaptation à la prise en charge du handicap psychique, et une étude sur les travailleurs sociaux (éducateurs, assistants sociaux...) en psychiatrie.

1.2.4 Les autres actions de la CRCSM

En 2009, la CRCSM a développé d'autres actions :

- ❖ La formation action : « adolescence difficile -accompagnement partagé » concernant les professionnels de la psychiatrie infanto-juvénile, ceux des établissements médico-sociaux de l'enfance handicapée, ceux de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ceux de l'Aide sociale à l'Enfance, avec le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI),
- ❖ La mise en place de réseaux précarité - santé mental dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS),
- ❖ Un travail de réflexion sur l'amélioration de l'offre de soins.

1.3 La place du MISP dans la prise en compte de la santé mentale

1.3.1 La santé mentale est une des priorités de Santé Publique

D'après le Docteur Bernard BASSET, sous Directeur de la Direction Générale de la Santé (DGS), "*La santé publique est le fondement de l'élaboration de notre politique en santé mentale. [...] La responsabilité de l'administration est de répondre aux besoins d'une population, et de créer les conditions d'exercice des professionnels qui leur permettra de répondre dans les meilleures conditions aux besoins de leurs patients lors du colloque singulier. [...] Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) les troubles mentaux et neurologiques figurent parmi les facteurs les plus importants*".²⁴

La santé publique est souvent définie comme un champ d'intervention s'adressant à une population large par opposition à la santé individuelle et où l'action vise à prévenir la maladie, soigner et promouvoir la santé.

Pour Philippe LECORPS, enseignant-chercheur en santé publique, "la santé mentale recouvre tous les domaines de la souffrance psychique jusqu'aux pathologies psychiatriques. De ce fait, elle regroupe un ensemble d'acteurs, depuis les patients eux mêmes, les proches et familles, qui mobilisent leur savoir profane, jusqu'aux professionnels, éducateurs, travailleurs sociaux, acteurs du social en général, médecins, infirmiers, psychiatres".²⁵ L'importance du champ couvert correspond bien aux enjeux de la santé publique.

La santé mentale fut l'un des thèmes prioritaires du programme régional de santé publique de la Région Nord Pas de Calais, et la thématique "psychiatrie et santé mentale", fait partie des volets obligatoires du SROS III²⁶

1.3.2 La place du MISP

Le MISP joue un rôle important dans la planification de l'offre de soins, il rapporte les dossiers de demande d'autorisation auprès du Comité Régional de l'Organisation des Soins (CROS) et de même pour l'évaluation des projets du médico-social au sein du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSMS).

²⁴ MISES R., BASSET B., CHOMETTE E., CROCHETTE A., OURY J., 2003, "Psychiatrie, santé mentale, santé publique", *Pratiques en santé mentale*, Février 2003, 49 ème année, n°1,

²⁵ LECORPS P., 2003, "Psychiatrie, santé mentale, santé publique", *Pratiques en santé mentale*, Février 2003, 49 ème année, n°1, pp. 13-19.

²⁶ GRAVELAT C., "Le schéma régional de l'organisation des soins SROS III" Conférence à l'EHESP, 16 mars 2010

Comme nous l'avons vu, les différents intervenants dans le champ de la santé mentale ont des perceptions parfois très différentes. Pour qu'il y ait rapprochement et mise en synergie, il faut un catalyseur neutre, chaque culture ayant sa propre approche.

Le MISP, de part sa double implication dans la régulation des deux systèmes, est un des rares professionnels à pouvoir jouer ce rôle. Il se doit de créer des lieux de rencontres et de partage d'expériences.

Il peut arriver que cette mission de coordination et de mise en cohérence de différents intervenants du champ de la santé, que doivent assurer les médecins inspecteurs de santé publique soit laissée de côté compte tenu de toutes les autres urgences, mais elle est fondamentale.

La lettre de mission du MISP référent régional « chargé de coordonner les travaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du plan psychiatrie et santé conduits par une équipe projet régionale » pour le Nord Pas de Calais précise ces missions (cf. annexe 1)

2 L'action prévue : la mise en place d'une sensibilisation des acteurs du sanitaire et du médico-social

Cette action, présentée précédemment, demande un certain nombre de préalables. Elle interpelle tout particulièrement une des missions du MISP : la mise en cohérence de partenaires d'horizons différents.

2.1 Les préalables au projet de sensibilisation partagée

La mise en place de processus de formation, nécessite au préalable de comprendre et écouter les différents partenaires. Quels sont leurs souhaits, leurs craintes, leurs implications ?

2.1.1 Découvrir et comprendre la situation

Ma méconnaissance de la psychiatrie m'incite, avant d'aller rencontrer les partenaires sur le terrain, à chercher les ouvrages sur le sujet et à participer à la formation organisée, sur 2 semaines, par l'EHESP et la MNASM, ainsi qu'à divers journées de formation ou colloques.

Mais comprendre la psychiatrie et sa relation avec le médico-social, n'est pas chose simple. Ce qui fait dire au Docteur Pierre BLAISE que: *"Le système de santé français est un modèle de complexité !"* Mais plein d'espoir il ajoute *"[...] La loi HPST peut être une opportunité pour évoluer vers un système intégré avec des correspondances fluides et un système de régulation. Le projet régional de santé avec ses 3 schémas d'organisation (celui des soins (hospitalier + ambulatoire), celui du médico-social et celui de la*

prévention), déclinés dans des schémas territoriaux par les conférences de territoire et les contrats locaux de santé, en est une étape intéressante" ²⁷

2.1.2 Faire adhérer les différents interlocuteurs au projet

Sur ce terrain délicat de par l'histoire, il ne faut pas chercher à imposer mais bien partager les raisons de ce qui va être mis en place

Dans son article, le Docteur Pascal BOURJAC, psychiatre, insiste sur la difficulté de collaboration entre le sanitaire et le médico-social, et sur la peur du médico-social de voir toute (ou presque) la psychiatrie glisser vers lui et brandi le risque de *"l'idée d'un tout médico-social pour la psychiatrie qui ne serait pas le seul fait d'une pénurie de lits et de professionnels spécialisés dans le champ sanitaire mais aussi l'effet d'une politique inféodée au pragmatisme économique"*. ²⁸

Les attentes et les craintes de chaque institution et de chaque professionnel par rapport à cette mise en complémentarité doivent être prise en compte.

Le Docteur Marc MAXIMIN insiste, *"actuellement nous assistons pour diverses raisons à une déqualification de l'hôpital, avec un glissement sémantique de la maladie mentale vers le handicap qui conduit son inscription de façon prépondérante dans le champ du médico-social."* ²⁹

Face à ces craintes, développer l'acceptation du concept de handicap psychique n'est pas simple, puisque pour beaucoup de psychiatres, *"cette orientation justifie une prestation prioritairement dans le secteur médico-social"*.

2.1.3 Fixer des limites à la découverte de ce nouveau champ

Le MISF qui m'encadre sur cette action me suggère de rencontrer les services et les psychiatres qui ont mis en place une forme de réhabilitation novatrice, mais aussi les directeurs de soins, les organismes collecteurs, les intervenants potentiels ... Dans un premier temps, la découverte de toutes ces réalisations me passionne, mais c'est très chronophage et très vite je m'impose plus de rigueur. Il me faut cibler les contacts et limiter ceux-ci, au strict nécessaire pour passer sans tarder à la mise en place de l'action. Je ne suis que temporairement sur ce thème, pour cette action (comme très souvent lors

²⁷ BLAISE P., "L'organisation des soins de santé en France à l'aube des ARS. Vers un système de santé intégré ?" Conférence EHESP 19 mars 2010

²⁸ BOURJAC P., 2007, "Sanitaire et médico-social : un conflit conjugal ? un atelier aux Assises de la psychiatrie médico-sociale" V.S.T., n°95, pp. 16-20

²⁹ MAXIMIN M., CANN Y., 15 mars 2007, "La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ?". *Lien social*, n°832, pp. 8-15

d'une inspection pour laquelle nous devons au préalable, étudier telle ou telle technique de soins).

Je suis là pour organiser des formations, et non pour devenir l'expert – formateur. Il me faut trouver les ressources et non chercher à les remplacer.

Cette action, commandée de l'ARH via la CRCSM, s'appuie sur des données précises, et je dois rester dans une démarche d'exécution et de coordination neutre et non de recherche prospective. Par contre le fait de faire ce mémoire me donne l'opportunité d'analyser cette action.

2.2 Les formations à mettre en place

Trois types de formations sont à concevoir :

- Une formation initiale de niveau universitaire pour les internes en psychiatrie. Cette formation se fera sous forme d'un séminaire de 8 demi-journées comme tous les autres modules de formation pour les internes. Ces demi-journées pouvant être regroupées sur 4 fois une journée. Les enseignements ont lieu habituellement à Lille dans l'amphithéâtre du service de psychiatrie.
- Une sensibilisation dans le cadre de leur formation initiale des infirmier(e)s en IFSI pour quatre écoles (2 sur Arras et 2 sur Douai) et des éducateurs spécialisés dans leurs quatre écoles (1 sur Arras et 3 régionales)
- Une formation continue commune pour les acteurs de la psychiatrie et ceux du médico-social sur deux secteurs (Arras et Douai)
- L'organisation de stages croisés et des temps de partage d'expériences, est aussi souhaitée.

2.3 L'ingénierie de formation

La mise en place de ces trois types de formation repose sur une méthodologie unique :

- 1/ Définir le public concerné pour chaque formation.
- 2/ Définir les objectifs de ces formations en terme d'acquisitions (connaissance, outils pratiques, implication dans une démarche partenariale, ...)
- 3/ Définir le cahier des charges et l'ingénierie de formation ³⁰
- 4/ Définir les contenus et le programme de formation avec les méthodes pédagogiques.
- 5/ Choisir selon les besoins, les intervenants (penser aux usagers comme intervenants)
- 6/ Rechercher si besoin, les possibilités de financement (Partenariats avec les OPCA), et les personnes ressources ou les structures support pour l'organisation (le secrétariat de

³⁰ MARTIN JP., SAVARY E., 2004, *Formateur d'adultes*, Lyon : Chronique Sociale, 364p

l'université pour les internes, un enseignant pour les IFSI, les organismes régionaux pour les éducateurs, une structure support de coordination pour la formation continue)

7/ Identifier les leviers pour mobiliser les participants vers ces formations.

8/ Définir les outils d'évaluation des effets de cette formation.

9/ Prévoir les suites éventuelles, (nouvelles rencontres de partage d'expériences, travail en réseau, création de liens privilégiés, ...)

2.4 La programmation des formations

- Le programme relatif à la formation des internes doit être prêt avec la liste des intervenants pour fin mai, afin qu'ils puissent être inclus dans le programme de leur formation 2010 -2011. Les enseignements n'auront lieu qu'après le mois de novembre 2010.

- La sensibilisation des infirmier(e)s en IFSI doit être arrêtée et programmée pour septembre 2010, afin de rentrer dans le calendrier des cours. Les écoles étant autonomes, les contacts se font école par école.

- La sensibilisation des éducateurs spécialisés, qui s'organise avec leurs structures de formation régionales se fera sous forme de conférences début 2011.

- La formation continue tant des établissements sanitaires que médico-sociaux doit être inscrite dans les catalogues et les plans de formation des établissements. Les modalités d'organisation de cette formation sont différentes entre le médico-social et le sanitaire et chaque établissement reste maître de son plan de formation. La programmation de cette formation doit être décidée en septembre 2010.

Pour l'organisation matérielle de cette formation, nous avons deux possibilités: soit trouver un financement global et inviter gratuitement les différents professionnels, soit mettre en place un programme de formation et proposer à chacun de s'inscrire de façon payante dans le cadre de sa formation continue, par l'intermédiaire de son établissement.

Dans le premier cas, nous devons trouver des subventions pour le coût global, mais les OPCA ne peuvent subventionner au-delà de 50 % du coût annoncé et nous n'avons pas d'autres sources de financement. (Le plan métier ne nous ouvre pas cette possibilité).

Dans le deuxième cas, les employeurs des professionnels participants à cette formation, peuvent faire prendre en charge à 100 % par les OPCA, le coût de la personne formée et dans ce cas nous n'avons pas à chercher d'autres financeurs.

Mais dans les deux cas, il nous faut un organisme support pour l'organisation matérielle de cette formation.

2.5 L'évaluation envisagée

Une première évaluation concernera la mise en place des programmes de formations, dans les délais prévus.

Les indicateurs étudiés seront relatifs :

- Aux contraintes liées à cette mise en place et les moyens nécessaires pour une telle démarche,
- Aux imprévus, difficultés rencontrées ou les éléments facilitant qui sont apparus,
- Au respect des délais
- A l'adhésion des différents responsables aux formations proposées (pour la formation initiale, le Professeur de psychiatrie, les Directeurs et Directrices des IFSI et des écoles d'éducateurs, et pour la formation continue, les Directeurs de structures sanitaires et médico-sociales et les OPCA).

Les formations se mettant en place au plus tôt en novembre, le travail présenté dans ce mémoire ne peut retranscrire les autres éléments d'évaluation.

Les mémoires réalisés par les internes dans le cadre de leur séminaire sur cette sensibilisation au médico-social nous permettront de mesurer leur implication.

D'autres outils d'évaluation seront construits:

- Un questionnaire d'évaluation adapté et distribué à l'issue de chacune des formations afin de mesurer l'apport de ces formations.
- Un questionnaire qui sera adressé 6 mois après dans les structures concernées pour mesurer la mise en application des messages transmis et les attentes de suites éventuelles, (nouvelles rencontres de partage d'expérience, travail en réseau, création de liens privilégiés, ...)

3 Le programme de formation arrêté.

La définition du contenu de ces formations a du tenir compte de diverses difficultés, et d'imprévus qui ont émaillés la démarche. Comment mettre en synergie ces professionnels avec des philosophies différentes, sur le terrain complexe de la santé mentale ? En cette période de transformation profonde de l'organisation administrative, on peut s'interroger sur l'opportunité d'une telle action de formation. Mais l'amélioration de la santé de l'utilisateur reste l'élément fort qui anime tous ces intervenants et favorise les progrès de prise en charge.

3.1 Orientation et contenus des programmes de formation

Si la mise en place de partenariats entre le sanitaire et le médico-social paraît simple, la réalité est tout autre.

La communauté psychiatrique de la Région, a exprimé des positions différentes, plus ou moins hospitalo-centriques, ou plus ou moins engagées dans la sectorisation pour le contenu du programme de formation des internes. Celui-ci a subi, après concertation avec les professionnels et l'université, d'importantes modifications au fur et à mesure des échanges.³¹

Le contenu des autres formations découlent du programme de formation des internes.

3.2 Une mise en place non sans difficultés

La formation des internes a nécessité un large consensus obtenu après un certain nombre d'allers et retours.

La mise en place du processus "LMD" pour les infirmières modifie complètement les possibilités d'intervention dans leur cursus. Ceci est d'autant plus problématique que nous sommes dans l'année de la réorganisation et que la mise en place des programmes 2010 – 2011 pour les infirmier(e)s semble être un vrai casse tête pour les responsables des IFSI.

L'entrée dans les programmes de formation des éducateurs a posé moins de problèmes.

La plus grande difficulté pour la mise en place de la formation continue fut de la rendre réalisable financièrement et de trouver la structure support.

Par ailleurs, le groupe de travail de la CRCSM avait souhaité la mise en place de stages croisés entre structures sanitaires et médico-sociales et l'organisation de séminaires ou demi-journées sur des thématiques autour de la santé mentale, mais la réalisation en est très difficile, compte tenu du manque de personnel dans les structures. Il paraît impossible de libérer un salarié de son poste, même pour une demi-journée !

3.3 Les imprévus de la démarche

3.3.1 La complexité des modalités de prise en charge du handicap psychique.

Au-delà des différentes "chapelles" citées précédemment, des prises de position imprécises rajoutent des complexités.

³¹ Programme de la formation des internes en psychiatrie en annexe.

La psychiatrie est un domaine où l'on est plus à l'écoute et dans la recherche du plus grand respect de la position de l'autre que dans la prise de décision et dans l'engagement unilatéral affirmé ! Le respect clairement annoncé envers le Professeur, notre Maître, rend les prises de positions encore plus imprécises.

La notion de handicap psychique est récente et sa perception varie d'un professionnel à l'autre. Savoir se situer entre maladie mentale ou santé mentale n'est pas forcément évident. Les deux logiques d'approche de la personne, selon une entrée sanitaire (patient dans un lieu de soin) ou médico-sociale (résident dans un lieu de vie) engendrent des perceptions différentes en termes de besoins et de réponses. La construction de passerelles entre ces deux approches, va au-delà de la simple complémentarité.

Un autre point rend l'approche difficile, lorsque l'on veut donner toute sa place à l'usager. Les positions des usagers sur les modalités de prise en charge, sont différentes si l'on s'adresse aux associations d'usagers (exemple la Fédération Nationale des Associations de Patients et anciens patients de PSYchiatrie (FNAPSY)) ou aux associations de familles d'usagers (Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux (UNAFAM)), tout particulièrement sur la notion d'obligation de soins.

Le changement de statut de l'usager n'est pas non plus, sans conséquence. Passer de "malade" hospitalisé et pris en charge par l'assurance maladie à personne handicapée percevant une allocation d'adulte handicapé (AAH) qui selon la structure dans laquelle il est accueilli lui sera ou non versée, modifie fortement les ressources dont vont disposer les familles.

Les origines des financements, différentes entre le sanitaire et le médico-social ne facilitent pas la transversalité et parfois constituent un obstacle. D'un côté le financement provient de l'Etat et de l'Assurance Maladie, de l'autre le Conseil Général y joue un grand rôle.

3.3.2 Beaucoup de craintes et peu d'attentes réelles des professionnels pour cette évolution

Chacun tient à son pré carré. Chacun a peur de voir arriver l'autre, dans quel sens se fera le vase communicant ? Qui va récupérer la charge de l'autre ? ³²

Le sanitaire va devoir être à l'écoute du médico-social et accepter de suivre voir reprendre des résidents qui seraient momentanément en crise. Cela l'obligerait à ouvrir plus ses portes pour permettre ce va et vient.

Un élément est important dans ce rapprochement entre le sanitaire et le médico-social, ce sont des modalités d'intervention auprès des personnes, totalement différentes.

³² MAXIMIN M., CANN Y., 15 mars 2007, "La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ?". *Lien social*, n°832, pp. 8-15

Lorsque l'on évoque le passage de la Conférence Régionale de Santé (CRS) à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) tout le monde y voit un élargissement du champ de la santé au médico-social, mais non sans crainte.

Certains craignent que le médical ne prenne le dessus, face au médico-social qui est essentiellement un monde d'associations et qui ne représente que 10% par rapport au sanitaire en terme de poids financier. L'ouverture de structures médico-sociales par le sanitaire lui permettra de mutualiser les moyens et d'avoir un coût inférieur. Par ailleurs il y a la crainte de voir disparaître la spécificité de la prise en charge par le médico-social.

Le sanitaire intervient plus sur l'acte technique et moins sur l'accompagnement. Cela se voit clairement dans les dossiers déposés au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) pour la mise en place de nouvelles structures. Les hôpitaux qui ont répondu, prévoyaient principalement du personnel infirmier, mais peu de personnel pour un accompagnement dans la vie quotidienne et la nuit, à l'inverse des dossiers des associations médico-sociales.

Il y a donc bien deux mondes différents de part leur conception de la prise en charge mais aussi de part leur puissance. La création de passerelles ne risque-t-elle pas de faciliter "l'entrée du loup dans la bergerie" ? C'est la grande crainte du monde associatif.

Le médico-social, plus qu'un empilage de structures, est avant tout une forme d'accompagnement au plus près de la vie quotidienne de l'usager. Mais les structures médico-sociales se voient aussi confrontées à une nécessité de "rentabilité". Les ESAT ne peuvent plus être qu'éducatifs ou occupationnels, ils doivent équilibrer leurs budgets. Au-delà de la mission sociale, ils doivent devenir de vraies petites entreprises. Gérer une production avec des personnes ayant un handicap psychique présente des difficultés, leur participation à la production étant très irrégulière et inconstante, à l'inverse des autres handicaps qui produisent moins mais de façon égale dans le temps.

Un dernier élément qui freine ce partenariat et non des moindres, est en rapport au niveau d'engagement de l'Etat et des Conseils Généraux. Ces derniers craignent que la création de ces passerelles ne provoquent un transfert de charges qu'ils ne sont pas prêts à supporter.

3.3.3 Une impression que tout a déjà été fait.

Au décours des premiers contacts pour expliquer l'action, un certain nombre de réponses d'étonnement, de la part des professionnels, sont apparues ... *"mais nous le faisons déjà avec la réhabilitation psychosociale"* ou *"nous assurons déjà des sorties progressives avec une progression graduelle vers des logements de plus en plus autonomes"* ... *"les psychiatres interviennent déjà dans les structures médico-sociales avec leurs demies journées d'intérêt général"* ...

Etait-ce la peur d'un trop grand changement ?

Si des actions sont menées, elles restent cependant très partielles et localisées à certains secteurs. L'idée d'un travail en bonne synergie semble partagée mais avec des notions de complémentarités très différentes.

3.3.4 La complexité des formations

Trouver une place dans le programme de formation universitaire des internes, de même que rentrer dans la "machine" LMD des IFSI n'est pas sans difficultés.

Les responsables des formations paramédicales estiment que la différence d'identification pour chaque "métier" selon le domaine sanitaire ou médico-social représente une autre difficulté. La création de passerelle entre les structures, ne permettrait pas pour autant le passage d'un domaine d'activité à l'autre. Les nomenclatures sont différentes (Par exemple en niveau IV le référentiel d'aide soignante (AS) est plus exigeant que celui d'aide médico psychologique (AMP)). Certains responsables d'écoles souhaitent la mise en place d'un socle de formation commun (80%) et 20 % de formations spécialisées orientées métier, permettant ultérieurement des passerelles. Cela aurait l'avantage de créer une culture commune.

La formation continue se heurte aussi au manque d'effectif dans les petites structures médico-sociales, et il est très difficile de libérer une personne pour une formation sans rendre aussitôt le service impossible. Ces établissements n'ont pas les moyens de remplacer un salarié qui part en formation. Il faut que les formations aient lieu in situ sous forme de formations flash de 2h maximum. Les regroupements inter professionnels et inter-structures semblent donc difficiles à réaliser.

3.3.5 Une action au milieu des tourmentes

Cette année, marquée par la mise en place des ARS, la disparition de l'ARH et l'élargissement des missions du MISIP, n'est pas particulièrement propice pour la mise en place d'une nouvelle action. Cette mise en place doit évoluer dans le cadre d'une réforme très chronophage, avec des changements de référents thématiques, des stratégies de défense des uns et les nécessaires démarches de candidature.

De plus, la réforme de la formation des infirmier(e)s rajoute de la complexité pour la mise en place de l'action.

3.3.6 Utiliser le "chaos" et les actions en place

La mise en place des ARS s'est traduite par la fusion de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et des DDASS, favorisant un rapprochement entre le sanitaire et le médico-social. Mais celui-ci n'est pas encore totalement effectif. Par contre, le Directeur Régional de l'ARS affiche une volonté de transversalité entre le sanitaire et le médico-social. De ce fait, cette action s'inscrit parfaitement dans les orientations actuelles.

La mise en place du système LMD pour les infirmier(e)s comporte, d'une part, l'obligation d'enseignements réalisés par des universitaires, ce qui ouvre les portes des IFSI à de nouveaux intervenants et, d'autre part, la programmation de "semaines d'intégration". Celles-ci pourraient être un levier pour notre action en IFSI.

3.3.7 Nécessité de beaucoup de réajustements

Le principe de l'action, validé par la CRCSM semblait être partagé par tous, mais il s'est avéré beaucoup moins consensuel sur le terrain. Les intérêts des uns et des autres sont très différents. Des jeux de pouvoir apparaissent et des envies (bien cachées et niées) de récupération sont à craindre.

Il a fallu aussi jongler entre l'affichage par tous d'une bonne volonté, et une volonté beaucoup plus discrète dans la réalité, de voir ce partenariat se mettre en place.

Au fil du temps, les craintes et les contraintes de tous les partenaires m'ont obligé à des réajustements permanents.

Les différentes appréciations des psychiatres sur la prise en charge de la santé mentale ont été prises en compte dans le programme de formation des internes.

Par ailleurs, les psychiatres qui interviennent dans les structures médico-sociales sont souvent des praticiens venant d'un autre secteur, ils ne peuvent donc pas participer à ce lien entre le secteur psychiatrique et les structures médico-sociales de ce territoire.

La proposition de la Directrice de l'IFSI de Douai, d'intervenir aussi dans l'école de cadres infirmiers qu'elle dirigeait conjointement, a changé complètement l'approche pour la formation en IFSI sur ce secteur.

Enfin, le médecin généraliste est totalement oublié dans toutes ces actions, il est pourtant le prescripteur des prises en charge et celui qui assure le suivi des patients au quotidien. Il me paraît important qu'au niveau de la Région, lors d'une étape suivante, une réflexion soit menée sur sa place dans la prise en charge de l'utilisateur.

3.4 Ces formations, sont-elles justifiées ?

Lors des premières assises de la psychiatrie médico-sociale, à Marseille, en juin 2007, les participants de l'atelier "Quels partenariats, quelles complémentarités et quelles synergies entre secteur social et secteur sanitaire ?" insistent sur *"la multiplication des formations communes qui ont certes l'intérêt de susciter sur le moment des échanges, mais qui risquent de pousser à l'interchangeabilité des fonctions au détriment de la transmission d'un savoir-faire singulier et acquis avec le temps sur le terrain"* ³³

³³ BOURJAC P., 2007, "Sanitaire et médico-social : un conflit conjugal ? un atelier aux Assises de la psychiatrie médico-sociale" V.S.T., n°95, pp. 16-20

L'intérêt d'une telle orientation définie par la CRCSM peut se poser, mais seule l'évaluation réalisée 6 ou 9 mois après la réalisation de ces formations permettra d'évaluer la pertinence du choix.

3.5 Bilan des moyens utilisés

La situation au départ était très claire : au niveau de l'ARH / CRCSM nous n'avons aucun moyen financier pour cette action. Donc les seuls moyens utilisés furent humains, compte tenu du nombre de rencontres et de négociations qu'il a fallu mener.

Mais n'est-ce pas là justement la mission du MISP ? Faire avancer la santé publique par des actions de concertation et de mise en cohérence plus que par la simple distribution de crédits.

3.6 Facteurs facilitant et partenariats favorisant la mise en place de l'action.

Je tiens d'abord à souligner la grande disponibilité de la MISP qui m'a suivi sur ce dossier, Madame le Docteur Marylène Fabre, même si, avec la mise en place de l'ARS et ses fonctions de médecin coordonateur départemental, tout n'était pas simple à gérer. J'ajouterais d'une façon plus générale que l'écoute et le dynamisme de tous les MISP de la DRASS et de la DDASS m'ont beaucoup aidé.

La reconnaissance de mon tuteur de mémoire dans le monde de la psychiatrie et du médico-social m'a aussi ouvert beaucoup de porte.

L'opportunité de suivre une formation continue organisée conjointement par l'EHESP et la MNASM m'a permis de compléter ma découverte sur le terrain.

4 Résultats obtenus

La formation n'est pas encore en place à cette date, mais le programme est arrêté.

4.1 Résultats immédiats

La validation de la formation des internes en psychiatrie par le Professeur responsable de la chaire de Psychiatrie et de la formation des internes, fin avril, fut une première étape. Il a décidé de la mettre en place pour le second semestre 2010

Son intérêt pour le projet lui a fait dire : *"A la vue de ce programme, je regrette de ne plus être un étudiant pour pouvoir bénéficier d'une telle formation"* et il a approuvé la totalité du programme, décidant en plus de l'inscrire dans les modules obligatoires pour ses internes. Quelques jours plus tard, lors d'un colloque de psychiatrie, ce Professeur a annoncé comme une grande avancée, la mise en place de cette formation.

Il en est de même d'une Directrice d'IFSI qui a proposé d'emblé, que, au-delà des étudiants infirmier(e)s, les cadres infirmiers en formation, puissent en bénéficier aussi.

4.2 Evaluation par rapport aux objectifs de départ

L'évaluation devra comporter plusieurs étapes. (Court, moyen et long terme)

Le court terme ne concernera que la bonne mise en place des programmes de formations, dans les délais prévus et l'adhésion du public:

Le moyen terme pourra s'appuyer sur :

1/ L'apport perçu immédiatement par les stagiaires grâce à un questionnaire d'évaluation adapté distribué à l'issue de chacune des formations.

2/ Les mémoires réalisés par les internes dans le cadre de leur séminaire et la mise en évidence de leurs implications dans le médico-social.

Pour le long terme, une évaluation de la plus value de la formation au niveau des structures permettra d'en apprécier sa pertinence et l'opportunité d'une généralisation de cette action sur d'autres territoires de la région. Cette évaluation sera enrichie par la réalité de mise en place d'actions transversales.

Conclusion

Ce travail m'a permis de mieux appréhender la psychiatrie et le monde complexe et multiple du médico-social. Il m'a aidé à découvrir une des facettes du métier de MISP.

Certes, comme très souvent, il n'est pas possible de réaliser de A à Z une action sur une seule année, mais l'engagement pris par le Professeur de psychiatrie au vue du programme proposé sera un excellent tremplin pour la suite de la réalisation de cette action.

Bibliographie

1. Textes législatifs et réglementaires:

- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (Non parue au Journal Officiel)
- Loi du 31 juillet 1968 « les hôpitaux psychiatriques rejoignent le statut juridique des hôpitaux généraux
- Décret du 11 mars 1970 sur le statut des médecins psychiatres des hôpitaux
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- Loi du 25 juillet 1985 sur la sectorisation psychiatrique
- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
- Loi no 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
- Arrêté du 1 octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique
- Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques
- Circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques
- Circulaire du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale
- Ordonnances du 16 avril 1996 (Ordonnances Juppé) sur le financement de la sécurité sociale, les hôpitaux et les droits des malades
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, journal officiel du 5 mars 2002
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées JORF n°36 du 12 février 2005 page 2353
- Décret en Conseil d'Etat n° 2005-840 du 20 juillet 2005 (abrogeant Le décret du 14 mars 1986) relatif à la sixième partie (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et son article 1er est désormais codifié à l'article R. 3221-6 dudit code.
- Circulaire N°DGAS/3B/2005/418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques

- Circulaire DHOS/02 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Articles L312-4 et L312-5, journal officiel du 22 juillet 2009 (loi HPST)

2. Ouvrages:

DELION P., 1997, *séminaire sur l'Autisme et la psychose infantile*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès, 165p.

DENNERY M., 1999, *Piloter un projet de formation, du diagnostic des besoins à la mise sous assurance qualité*. Paris : ESF éditeur, 215p

DREYFUSS L., 1993, " Le centre de crise et l'avenir de la psychiatrie de secteur" in LOUZOUN C. / éd., 1993, *Santé mentale : réalités Européennes*, Toulouse, Editions Erès, pp 64-67.

DUFAU S., 2006, *Le naufrage de la psychiatrie*, Paris, Albin Michel, 309p.

EHRENBERG A., LOVELL A.M. /éd., 2001, *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob, 311p.

FILLAUT T., 1997, *Le système de santé français 1880 - 1995*, Rennes, Editions ENSP, 78p.

GIRAUD-BARO E., LEGUAY D., 1999, " l'avenir de l'interface médico-sociale en psychiatrie " in KOVESH V., LOPEZ A., PENOCHET J-C., REYNAUD M. / éd, 1999, *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion, pp. 106-112..

HOCHMANN J., 2004, *Histoire de la psychiatrie*, 1ère édition, Paris : Presses Universitaires de France, 128p.

JAEGER M., 2009, *Guide du secteur social et médico-social*, 7ème édition, Paris : Dunod, 323p

KOVESS-MASFETY V., 2008, *N'importe qui peut péter un câble*, Paris: Odile Jacob, 270p.

KOVESS V., LOPEZ A., PENOCHET J-C., REYNAUD M. / éd, 1999, *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion, 305p.

LANTERI-LAURA G., 1993, "Histoire des idées dans la psychiatrie contemporaine ", in LOUZOUN C. / éd., 1993, *Santé mentale : réalités Européennes*, Toulouse, Editions Erès, pp 71-79.

LOUZOUN C. / éd., 1993, *Santé mentale : réalités Européennes*, Toulouse, Editions Erès, 350p.

MARTIN J-P., 2000, *Psychiatrie dans la ville*, Ramonville Saint-Agne, Editions Erès, 221p.

MARTIN JP., SAVARY E., 2004, *Formateur d'adultes*, Lyon : Chronique Sociale, 364p

MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale), 2005, *La psychiatrie en France. Quelles voies possibles ?* Rennes : Editions ENSP, 93p.,

PAQUETTE G., 2002, *L'ingénierie pédagogique*, Québec : Presses de l'Université du Québec, 456p.

REYNAUD M, GALLOT A.-M., LEFEVRE L., 1999, "la politique de santé mentale en France" in KOVESS V., LOPEZ A., PENOCHET J-C., REYNAUD M. / éd, 1999, *Psychiatrie années 2000*, Paris, Flammarion,

RICHARDS H., 1993, "Handicap et interventions psychosociales " in LOUZOUN C. / éd., 1993, *Santé mentale : réalités Européennes*, Toulouse, Editions Erès, pp 197-214.

STYLIANIDIS S., 1993, " Eléments clés pour un processus de réhabilitation psychosociale dans le cadre des initiatives européennes " in LOUZOUN C. / éd., 1993, *Santé mentale : réalités Européennes*, Toulouse, Editions Erès, pp 225- 228.

ZRIBI G., BEULNE T., *Les handicaps psychiques. Concepts, approches, pratiques*. RENNES : Presses de l'EHESP, 2009 *Pages* 211p

3. Articles de périodiques:

BASSER B., 2003, "La santé mentale dans la santé publique", *Pratiques en santé mentale*, Février 2003, 49ème année, n°1, pp. 13-19.

BOURCIER G., janvier 2005, "Le décloisonnement des dispositifs sanitaires, du médico-social et social, quelle place, quel rôle pour la psychiatrie ? : des bases législatives aux systèmes d'information" *Pluriels*, n° 48-49, déc. 2004/ janv. 2005, pp. 6-9

BOURJAC P., 2007, "Sanitaire et médico-social : un conflit conjugal ? un atelier aux Assises de la psychiatrie médico-sociale" *V.S.T.*, n°95, pp. 16-20

COLDEFI M., LUCAS-GABRIELLI V., août 2009, "Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation" *Questions d'économie de la santé*, n°145 pp1-8.

COLDEFI M., LUCAS-GABRIELLI V., "Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification." PARIS : IRDES, 2008/06 pp.30.

LECORPS P., 2003, "Psychiatrie, santé mentale, santé publique", *Pratiques en santé mentale*, Février 2003, 49 ème année, n°1, pp. 13-19.

MAXIMIN M., CANN Y., 15 mars 2007, "La psychiatrie est-elle soluble dans le médico-social ?". *Lien social*, n°832, pp. 8-15

MISES R., BASSET B., CHOMETTE E., CROCHETTE A., OURY J., 2003, "Psychiatrie, santé mentale, santé publique", *Pratiques en santé mentale*, Février 2003, 49 ème année, n°1, pp. 13-19.

VIDON G., DUBUIS J., LEGUAY D., HABIB M., 1999 "Le mouvement de réhabilitation psychosociale : Une opportunité pour la psychiatrie française." *L'information psychiatrique*, vol 75, n°4, pp. 348-356,

4. Mémoires et rapports:

COUTY E. "*Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*" Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, Janvier 2009.

KANNAS S. / éd, 2007, *L'accès au logement et à des services sociaux ou médico-sociaux pour les malades mentaux présentant des troubles graves et persistants : besoin dans le champ et réciprocité*. Mémoire de Module Interprofessionnel, E.N.S.P. Rennes 32p

KANNAS S. / éd, 2006, *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (Patients adultes)*, Mémoire de Module Interprofessionnel, E.N.S.P. Rennes 30p

ROOS B., 2002, *Développer l'accueil de personnes malades mentales stabilisées dans une structure d'hébergement médico-sociale. Une nécessaire articulation entre travail social et santé mentale*, Mémoire de Directeur d'Etablissement Social - CAFDES Option Adulte Handicapé, ENSP Rennes, 85p

5. Conférences:

BLAISE P., "L'organisation des soins de santé en France à l'aube des ARS. Vers un système de santé intégré ?" in Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, *Organisation des systèmes de santé en France et en Europe*, 19 mars 2010, Rennes,

GRAVELAT C., "le schéma régional de l'organisation des soins SROS III" in Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, *Organisation des systèmes de santé en France et en Europe*, 16 mars 2010, Rennes,

TACHON M., "La nouvelle architecture du secteur médico-social, contraintes et perspectives", in Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, *Organisation des systèmes de santé en France et en Europe*, 16 mars 2010, Rennes,

THÉBAULT P., "Les Personnes en situation de handicap; Nouveau contexte, nouveaux enjeux, nouvelles pratiques", in Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, *Organisation des systèmes de santé en France et en Europe*, 16 mars 2010, Rennes,

THÉBAULT P., "Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'autonomie (PRIAC)" in Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique, *Organisation des systèmes de santé en France et en Europe*, 16 mars 2010, Rennes,

Liste des annexes

- 1/ Lettre de mission du référent régional « chargé de coordonner les travaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du plan psychiatrie et santé conduits par une équipe projet régionale » pour le Nord Pas de Calais
- 2/ Composition de la CRCSM selon le Code de la Santé Publique
- 3/ Arrêté de composition de la CRCSM du Nord Pas de Calais
- 4/ Programme de formation des internes en psychiatrie

1/ Lettre de mission du référent régional « chargé de coordonner les travaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du plan psychiatrie et santé conduits par une équipe projet régionale » pour le Nord Pas de Calais

**MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS**

COMITE TECHNIQUE REGIONAL INTERDEPARTEMENTAL
DU NORD - PAS-DE-CALAIS

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION
DU NORD - PAS-DE-CALAIS

Monsieur Jean-Marie PAULOT
Directeur de l'Agence Régionale
de l'Hospitalisation Nord – Pas-de-Calais
Monsieur Jean-Claude WESTERMANN
Directeur régional des Affaires Sanitaires
et Sociales de la région Nord Pas- de-
Calais
Monsieur Pierre PRUEL
Directeur départemental des Affaires
Sanitaires et Sociales du Nord
Monsieur Jean-Luc DESMET
Directeur départemental des Affaires
Sanitaires et Sociales du Pas-de-Calais

à

Madame le Docteur Carole BEN BRAHIM
et Madame le Docteur Marylène FABRE

OBJET : Lettre de mission

Les directeurs généraux de la santé et de l'action sociale ainsi que le directeur de l'hospitalisation et de l'offre de soins ont demandé au CTRI de désigner un référent régional « chargé de coordonner les travaux de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du plan psychiatrie et santé conduits par une équipe projet régionale » (note DGS/DHOS/DGAS n°227 du 6 septembre 2005).

Nous vous avons confié ce rôle, et à ce titre vous avez participé aux premiers regroupements des référents régionaux organisés les 25 novembre, 12 et 13 janvier 2006.

La dimension première de votre mission sera donc d'assurer la coordination de la mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) dans la région Nord – Pas-de-Calais, de faire le lien entre les niveaux national, régional et départementaux.

Vous serez chargées sous l'autorité du DARH et du CTRI d'assurer la mise en cohérence du plan et de coordonner les actions régionales en matière de santé mentale.

Vous serez chargées notamment de l'interface entre les dimensions sanitaires et médico-sociale du plan, afin d'assurer la cohérence des choix et des actions à engager dans

le cadre du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), du PRSP et du volet « Psychiatrie » SROS.

Vous aurez également à mettre en place des outils de suivi (tableaux de bord) et d'évaluation définis pour l'ensemble des régions.

Vous pouvez, pour ce faire, vous appuyer sur une équipe projet qui comprendra :

- le groupe technique psychiatrie de l'ARH
- les référents PRIAC personnes handicapées des deux DDASS et de la DRASS
- les référents PRIAC personnes âgées des deux DDASS et de la DRASS
- un référent du PRSP
- un référent du Coter de psychiatrie

Vous serez en la matière la conseillère du directeur de l'ARH, du CTRI Nord - Pas-de-Calais et ferez toute proposition susceptible d'améliorer les dispositifs de prévention, de soins et médico-social dans votre domaine d'expertise, en veillant à leur cohérence avec les objectifs définis par le SROS, le PRIAC et le PRSP.

Vous rendrez compte de vos travaux auprès de la commission régionale de concertation en santé mentale (article R.3221-7 et suivants du CSP).

Vous ferez un point régulier de votre mission concernant les actions majeures réalisées

et les projets en cours ou à engager à court et moyen terme :

- à la Commission Exécutive de l'ARH
- au CTRI

Le Directeur de L'Agence Régionale
de l'Hospitalisation du Nord Pas de Calais

Le Directeur Régional des Affaires
Sanitaires et Sociales du Nord Pas de Calais

Jean- Marie PAULOT

Jean-Claude WESTERMANN

Le Directeur Départemental des Affaires
Sanitaires et Sociales du Nord

Le Directeur Départemental des Affaires
Sanitaires et Sociales du Pas de Calais

Pierre PRUEL

Jean-Luc DESMET

2/ Composition de la CRCSM selon le CSP

Code de la santé publique : articles relatifs à la CRCSM

Article R3221-7

(Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 art. 1 III Journal Officiel du 8 mai 2005)

(Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 art. 2 Journal Officiel du 8 mai 2005)

Il est créé au sein de chaque région une commission régionale de concertation en santé mentale chargée de contribuer à la définition, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé mentale définie, notamment, par le schéma régional d'organisation sanitaire prévu à l'article L. 6121-1.

A cet effet, la commission peut formuler toute proposition relative :

1° A l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du schéma régional d'organisation sanitaire ;

2° Au développement des réseaux de santé prévus par l'article L. 6321-1 et aux modalités de coopération entre les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux et les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

3° A l'organisation des actions de formation destinées aux personnes participant aux actions mentionnées à l'article L. 3221-1.

La conférence régionale de santé est informée chaque année des travaux menés par la commission régionale de concertation en santé mentale.

Article R3221-8

(Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 art. 2 Journal Officiel du 8 mai 2005)

(Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 art. 4 I Journal Officiel du 23 mai 2006)

(Décret n° 2007-133 du 30 janvier 2007 art. 1 Journal Officiel du 1er février 2007)

La commission régionale de concertation en santé mentale réunit, sous la présidence du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou de son représentant :

1° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales et le médecin inspecteur régional de santé publique ou leurs représentants ;

2° Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de chacun des départements composant la région ou son représentant ;

3° Le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ou le directeur de la caisse générale de sécurité sociale et le médecin-conseil régional ou leurs représentants ;

4° Le président du conseil régional ou son représentant ;

5° Le président du conseil général de chacun des départements composant la région ou son représentant

6° Un maire désigné sur proposition des associations représentatives au plan national des maires ;

7° Trois à six représentants des organisations d'hospitalisation publique et privée, dont au moins un représentant par organisation comptant des établissements autorisés au titre de l'activité de soins de psychiatrie dans la région ;

8° Trois à six représentants de commission médicale d'établissement public de santé et de conférence médicale d'établissement de santé privé, autorisés à exercer dans la région l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25 ;

9° Deux représentants des organisations les plus représentatives des institutions sociales et médico-sociales ;

10° Trois à six psychiatres exerçant dans des secteurs psychiatriques mentionnés à l'article L. 3221-1 ;

11° Un à trois médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées et participant à la lutte contre les maladies mentales ;

12° Trois à six représentants des professionnels non médicaux travaillant dans des établissements participant à la lutte contre les maladies mentales mentionnés à l'article L. 3221-1 ;

13° Un à trois représentants des professionnels travaillant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

14° Un médecin exerçant dans une structure des urgences mentionnée au 1° de l'article R. 712-63 ;

15° Trois représentants des usagers ou de leurs familles ou des associations de consommateurs ;

16° Deux personnalités qualifiées.

Les membres mentionnés au 7° à 14° sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes figurant sur des listes proposées par les organisations les plus représentatives dans la région.

Les membres mentionnés au 15° et au 16° sont désignés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation parmi les personnes résidant dans la région proposées par les associations agréées, conformément à l'article L. 1114-1, au niveau régional ou, à défaut, national.

Article R3221-9

(Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 art. 2 Journal Officiel du 8 mai 2005)

Le mandat des membres de la commission est de cinq ans. Il est renouvelable.
La qualité de membre se perd lorsque les personnes intéressées cessent d'exercer le mandat ou les fonctions au titre desquels elles ont été élues ou désignées. En cas de cessation de fonction d'un des membres de la commission pour quelque raison que ce soit, il est procédé à son remplacement dans les mêmes conditions que sa désignation et pour la durée du mandat restant à effectuer.
La liste des membres de la commission ainsi composée est dressée par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.
Le mandat des membres s'exerce à titre gratuit.
Les frais d'organisation et de fonctionnement de la commission sont pris en charge par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Article R3221-10

(Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 art. 2 Journal Officiel du 8 mai 2005)

La commission se réunit au moins deux fois par an sur convocation du président. En outre, elle est réunie à la demande écrite de la moitié des membres de la commission.
L'ordre du jour est fixé par le président.
Le secrétariat de la commission est assuré par l'agence régionale de l'hospitalisation.

Article R3221-11

(Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 art. 2 Journal Officiel du 8 mai 2005)

Pour l'exercice de ses missions, la commission peut constituer en son sein des commissions thématiques réunissant tout ou partie des membres mentionnés à l'article R. 3221-8. Ces commissions peuvent faire appel, pour participer à leurs travaux en tant que de besoin, à toute personne dont le concours apparaît souhaitable. Les conclusions de leurs travaux sont présentées à la commission au cours de l'une de ses réunions annuelles.

3/ Arrêté de composition de la CRCSM du Nord Pas de Calais

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Agence Régionale de l'Hospitalisation
NORD - PAS-DE-CALAIS

ARRETE

portant détermination de la liste des organismes, institutions, groupements ou syndicats représentés à la Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale

Vu l'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 et médico-sociaux soumis à autorisation ;

Vu le décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de santé publique (deuxième partie : décret en Conseil d'Etat) ;

Vu le Code de Santé Publique, notamment en ses articles R. 3221-7 à -11 ;

Vu la circulaire ministérielle n° DHOS/04/2005 - 447 du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation ;

Vu le décret du 10 avril 2003 portant nomination de Monsieur Jean-Marie PAULOT en qualité de Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais,

ARRETE

Article 1er : La commission régionale de concertation en santé mentale de la région Nord / Pas-de-Calais est composée comme suit :

Président : M. le Directeur de l'ARH Nord Pas-de-Calais ou son représentant

Outre le président ou son suppléant, le comité comprend :

1°) Le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales et le Médecin Inspecteur Régional de Santé Publique ou leurs représentants ;

2°) Le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales des départements du Nord et du Pas de Calais ;

3°) Le Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et le Médecin-Conseil Régional ou leurs représentants ;

4°) Le Président du Conseil Régional ou son représentant ;

5°) Le Président du Conseil Général du Nord et le Président du Conseil Général du Pas de Calais ;
.../...

- 6°) Un maire désigné sur proposition de l'Association des Maires de France ;
- 7°) Cinq (5) représentants des organisations d'hospitalisation publique et privée, dont au moins un représentant par organisation comptant des établissements autorisés au titre de l'activité de soins de psychiatrie dans la région Nord / Pas-de-Calais, désignés sur proposition de :
- La Fédération Hospitalière de France (2 sièges)
 - La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés (1 siège)
 - La Conférence Régionale des Commissions Médicales d'Etablissement des centres hospitaliers spécialisés (1 siège)
 - La Fédération Hospitalière Privée (1 siège).
- 8°) Deux (2) représentants des organisations les plus représentatives des institutions sociales et médico-sociales, désignés par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sur proposition de :
- L'Union Régionale Inter-fédérale des Œuvres et Organismes Privés, Sanitaires et Sociaux (1 siège)
 - L'Union Régionale des Associations de Parents et Amis des Personnes Handicapées Mentales (1 siège).
- 9°) Six (6) psychiatres exerçant dans des secteurs psychiatriques mentionnés à l'article L.3221-1 du code de la santé publique, désignés sur proposition de :
- La Confédération des Hôpitaux Généraux (3 sièges)
 - Le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (1 siège)
 - Le Syndicat des Psychiatres de Secteur (1 siège)
 - Le Syndicat Universitaire de Psychiatrie (1 siège).
- 10°) Trois (3) médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées et participant à la lutte contre les maladies mentales désignés sur proposition de :
- Syndicat des Psychiatres Français (2 sièges)
 - Confédération des Syndicats Médicaux Français (1 siège).
- 11°) Cinq (5) représentants des professionnels de santé mentale non médicaux travaillant dans des établissements participant à la lutte contre les maladies mentales mentionnés à l'article L.3221-1 du code de la santé publique, désignés sur proposition de :
- La C.G.T. (2 sièges)
 - La C.F.D.T. (2 sièges)
 - L'union régionale des syndicats F.O. (1 siège).
- 12°) Trois (3) représentants des professionnels travaillant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, désignés sur proposition de :
- La C.F.D.T. (2 sièges)
 - La C.G.T. (1 siège).
- 13°) Un (1) médecin exerçant dans un service d'accueil et de traitement des urgences ou dans une unité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences, mentionnés au 1° de l'article R.712-63 du code de la santé publique, désigné sur proposition de :
- S.A.M.U. régional de Lille.
- 14°) Trois (3) représentants des usagers ou de leurs familles ou des associations de consommateurs désignés sur proposition de :
- L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux – nord (1 siège)
 - La Fédération « Croix Marine » des associations d'aide à la santé mentale (1 siège)
 - L'association « Nord-Mentalités » (1 siège).

.../...

Article 2 : La durée du mandat des membres de la commission régionale de concertation en santé mentale est de cinq ans, renouvelable, à compter de la date du présent arrêté.

Article 3 : La commission se réunit au moins deux fois par an.

Article 4 : L'ordre du jour est fixé par le Président.
Le secrétariat de la commission est assuré par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord Pas-de-Calais (DRASS).

Article 5 : Monsieur le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de la région Nord Pas de Calais, Monsieur le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord et Monsieur le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du Pas de Calais sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs des préfectures du Nord et du Pas-de-Calais et de la préfecture de la région Nord - Pas-de-Calais.

Fait à Lille, le 18 JAN. 2006

**Le Directeur
de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,**



Jean-Marie PAULOT

4/ Séminaire de formation des internes en psychiatrie

Module 5, Législation et organisation des soins en Psychiatrie

Le devenir des pratiques sectorielles.

Quelles articulations entre la psychiatrie et le médico-social ?

La maladie mentale et le handicap psychique, quelles perspectives ?

**Professeur Pierre THOMAS, Docteur Marylène FABRE, Docteur Olivier BROCHART,
Docteur Guy DELERUE**

1/ - Les commandes institutionnelles :

Clinique FONTAN

Pr Michel Goudemand (Professeur responsable de la formation des internes en psychiatrie),

M Daniel Lenoir (Directeur Général de l'ARS), Dr Marylène Fabre (Médecin référent santé mentale à l'ARS), M Luc Gindrey (Conseil Général du Pas de Calais),

Les ARS (Agence Régionale de Santé) et leur souhait de

Transversalité entre le Sanitaire et le Médico-social

Le SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins),

La CSOS (Commission spécialisée de l'organisation des soins),

Le CRCSM (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale),

Le SROMS (Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale),

La CSPCAMS (Commission Spécialisée pour les Prises en Charge et Accompagnement Médico-Sociaux)

Les schémas départementaux pour personnes âgées et personnes handicapées

Les outils de planification de l'offre

2/ - La prise en charge psychiatrique, entre secteur et territoire:

Clinique FONTAN

Pr Pierre Thomas (Professeur de Psychiatrie CHRU de Lille), un intervenant de la MNASM (Mission nationale d'appui en santé mentale), Dr Thierry Danel (Psychiatre), Dr Maurice Breton (Psychiatre EPSM Agglomération Lilloise), Madame Pauline Rhenter (EPSM Lille métropole)

La notion de continuité des soins et présentation des textes qui ont défini le secteur psychiatrique, (depuis 1960)

Situer la psychiatrie dans un hôpital général ou en EPSM,

Evolution vers la notion de territoire.

L'évolution des problématiques psychiques: addictions, comorbidités, précarité, marginalisation, stigmatisation, accès aux soins.

3/ - L'approche psycho sociale en secteur psychiatrique : Centre hospitalier de Douai

Mr Edmond Mackoviak (Directeur Général du CHD), **Dr Olivier Brochart** (Psychiatre chef de service), **Mr Serge Quagliozi** (cadre supérieur de santé), **Mr Eric Bourdon** (Directeur des projets médico-sociaux et de la psycho-réhabilitation EPSM Agglomération Lilloise), **Dr Tony Vermeil** (EPSM Lille Métropole Réhabilitation soins et insertion)

Modalités de réhabilitation psychosociale et projet de vie.

L'approche communautaire: pluri professionnelle, partenariale,.....

L'évolution des traitements des pathologies psychiatriques et la meilleure prise en charge des handicaps: la prévention, leur dépistage précoce, modifie le type de public accueilli dans les structures médico-sociales, les effets des carences affectives précoces ou éducatives,...

4/ - Les différentes modalités de prise en charge des troubles psychiques, maladie ou handicap ? : E.S.A.T. de Montigny-en-ostrevent

Dr Frederic Wizla (Psychiatre EPSM Agglomération Lilloise), **Mme Hélène Toussaint** (Responsable de pôle offre de soins - métropole à l'ARS), **Docteur Brigitte Caccan** (Médecin ex Praticien conseil du service personnes handicapées à l'ARS), **un représentant du Conseil Général (à préciser)**

L'aide à la personne: la compensation

Le parcours de soins / projet de vie personnalisé. L'instauration d'une continuité d'existence pour un sujet

Maladie ou handicap ? : Les, prises en charge ou allocations, assurance maladie, invalidité, CCAS ...

5/ - Maladie mentale ou handicap psychique :

EPSM de Saint André

Dr Jean-Yves Alexandre (Psychiatre EPSM Agglomération Lilloise), **Dr Nathalie Cuvelier** (Médecin Coordonateur MDPH du Nord), **M Bertrand Escaig** (UNAFAM)

Définition, présentation des textes qui ont défini le handicap psychique,

Modalité d'évaluation

Place de la MDPH, du médecin généraliste,

Cas particulier de l'autisme

Le poly-handicap et le pluri-handicap

6/ - Logement et maladie mentale ou handicap psychique :

EPSM de Saint André

Dr Philippe Levêque (Psychiatre chef de service Arras), **Dr Jacques Debieve** (Psychiatre EPSM Lille Métropole), **Dr Claude Dognon** (président de l'association Archipel) **M Yvain PIKETTY** (Educateur spécialisé EPSM Lille Métropole), **Mme Véronique LIETART** (Bailleur avec EPSM Lille Métropole)

A préciser

7/ - Travail et maladie mentale ou handicap psychique :

CLRP Lille

Dr Pierre Vanecloo (Psychiatre), **Mr Pascal Desbonnez** (Directeur du Centre Lillois de rééducation professionnelle de l'UGECAM), **Mme Elizabeth Duhal** (ESAT ETIC EPSM Lille métropole) **M Marc Godefroy** (Maire de Lezennes avec EPSM Lille métropole)

A préciser

8/ - La vie sociale et relationnelle, les loisirs et le handicap psychique : ? CLRP Lille ?

Dr Jean Luc Roelandt (Psychiatre , Directeur du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille), **M David Ritzinger** (Galerie Frontières avec EPSM Lille métropole), **Mme Marie-Christine Thibaut** (FNAPSY avec EPSM Lille métropole)

Les besoins en accompagnement dans la vie quotidienne, la vie sociale, les loisirs
Le fonctionnement vis à vis de l'argent et sa gestion. Les mesures de protection
La vie familiale: avec les parents, en couple, vis à vis des enfants, ...
L'accès et l'exercice de la citoyenneté. Les associations lois 1901: ce qu'elles rendent possible
Les différences avec l'âge (jeunes, adultes, le vieillissement, l'état de personnes âgées)

Validation du séminaire :

1/ par la présence

et

2/ par la réalisation d'un mini mémoire :

Les structures du secteur du stage de l'interne, leur philosophie et projets

Un parcours de vie / de soins.

Être, exister, acteur de sa vie, construire des représentations mentales de soi et du monde permettant l'insertion ou l'adaptation sociale

Evaluation:

Evaluation de la formation par un questionnaire de satisfaction