



**EHESP**

---

**Filière directeur des soins**

Promotion : **2009**

Date du Jury : **22/23 septembre 2009**

---

**La place du directeur des soins dans le  
développement des alternatives à  
l'hospitalisation en psychiatrie**

---

**Patrick MECHAIN**

---

# Remerciements

---

Nous souhaitons remercier :

Messieurs les directeurs des CHS et de CH, de DDASS, les directeurs de soins, les Présidents de CME, les cadres supérieurs de santé, les membres de l'association Croix Marine, des associations Espoir 35, 64, 66, des ADAPEI, les directeurs de CHRS, les professionnels de la MDPH que nous avons rencontrés à l'occasion de nos entretiens. Pierre GODART responsable du pôle « soins de réadaptation, aide à la réinsertion » au CHS des Pyrénées à PAU pour son amitié et ses éclairages conceptuels.

La Présidente de l'association Cefi-Psy (Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des Pratiques en Psychiatrie) pour les échanges relatifs au tutorat en psychiatrie et les évolutions du métier d'infirmier.

Nous remercions également Anita GARCIA, Karine CHAUVIN et Claudine HEMERY qui ont été des guides méthodologiques importants dans ce travail.

Mes camarades, directeurs de soins stagiaires à l'EHESP, pour leurs soutiens et leurs conseils.

Merci aussi, et surtout, à ma famille qui m'a apporté son aide durant cette année et à Florence pour ses relectures avisées.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1. Le cadre contextuel : de la « désinstitutionnalisation » au développement et à l'encouragement des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.....	5
1.1 La désinstitutionnalisation .....	6
1.2 Le secteur cloisonnant/décloisonnant .....	7
1.3 Les usagers, leurs familles, leurs aidants .....	8
1.4 Le développement des alternatives à l'hospitalisation.....	9
1.5 Vers un exercice coordonné, quelles coopérations possibles ?.....	11
2 Résultats des investigations .....	13
2.1 La méthodologie .....	13
2.2 Pour les professionnels rencontrés, il faut passer d'une logique de chronicité à une logique de projet.....	14
2.3 Une gestion des compétences et des métiers difficile à adapter .....	17
2.4 Les partenariats en place dans le développement des alternatives à l'hospitalisation.....	19
2.5 La place du directeur des soins dans les organisations.....	21
3 Les préconisations.....	23
3.1 Vers une démarche systématique de réflexion sur les droits des personnes accueillies.....	23
3.2 Les orientations relatives aux professionnels composant le service de soins dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation.....	25
3.3 Orientations relatives à l'adaptation des projets de soins en faveur des personnes ayant un parcours institutionnel long .....	27
3.4 Après l'hôpital, organiser un suivi adapté .....	30
3.5 Mesurer la qualité du service rendu .....	32
Conclusion .....	35
Bibliographie.....	37
Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AAH** : Allocation Adulte Handicapée  
**ADAPEI** : Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés  
**AMP** : Aide médico psychologique  
**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
**CDAPH** : Commission des droits pour l'autonomie des personnes handicapées  
**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé  
**CHG** : Centre hospitalier général  
**CME** : Comité médical d'établissement  
**CMP** : Centre Médico Psychologique  
**COFIL** : Comité de pilotage  
**CSIRMT** : Commission de soins infirmiers et médico-tehnique  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**DDASS** : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
**DS** : Directeur des soins  
**DRASS** : Direction Régionale de l'action Sanitaire et Sociale  
**DDTEFP** : Direction départementale du travail et de la formation permanente  
**EPP** : Evaluation des pratiques professionnelles  
**ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
**FAM** : Foyer d'Accueil Médicalisé  
**FNAPSY** : Fédération Nationale des Patients  
**GCSMS** : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social  
**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle  
**GEVA** : Guide d'Evaluation des besoins de compensation de la personne handicapée  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HAS** : Haute Autorité de Santé  
**HLM** : Habitat à loyer modéré  
**HPST** : Hôpital patients santé territoire  
**IDE** : Infirmière Diplômé d'Etat  
**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé  
**MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée  
**MDPH** : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées  
**MG** : Médecin généraliste

**PDITH** : Programme Départemental d'Insertion des Personnes Handicapées

**PEC** : Prise en charge

**RQTH** : Reconnaissance de la qualité de Travailleur Handicapé

**SAMSAH** : Service d'accompagnement Médico-social pour Adulte Handicapé

**SAVS** : Service d'accompagnement à la Vie Sociale

**SROS** : Schéma régional d'organisation sanitaire

**UDAF** : Union départemental des associations familiales,

**UNAFAM** : Union Nationale des Amis et Famille de Malades

## Introduction

Réfléchir à la place du directeur des soins dans la création des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, fait suite, aux problématiques actuelles de la psychiatrie : spécialité confrontée à de multiples évolutions des pratiques visant à favoriser l'insertion des malades, mais aussi engagée dans des questions sécuritaires contribuant à maintenir une défiance, stigmatisante dans l'opinion.

Depuis fin 2004, après le drame palois, le « sécuritaire » et le « psychiatrique » se côtoient. Ces derniers mois, la fugue d'un patient de l'hôpital de Sainte Egrève a tourné au drame contribuant encore davantage à imprimer une couleur péjorative à cette problématique. Les sorties sans autorisation de patients sont nommées « fugues, évasion », et sont systématiquement médiatisées. Le malade, surtout s'il est dit « schizophrène » est devenu, par définition, dangereux.

Un rapport des trois Inspections Générales de l'Administration (IGA), des Services Judiciaires (IGSJ) et des Affaires Sociales (IGAS), en février 2006, interroge justement cette dialectique. La conclusion vise à défendre l'idée que si les hôpitaux psychiatriques doivent se moderniser, notamment en terme d'architecture, de dispositifs d'alerte et par la création de poste d'agents de sécurité, c'est bien l'organisation des soins qui doit faire l'objet d'une réflexion soutenue.

Le livre Vert de la commission européenne « Améliorer la santé mentale de la population- Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne » ambitionne d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. Elle vise à lutter contre l'exclusion sociale et la stigmatisation des malades mentaux, de même que les atteintes aux droits et à la dignité de ces derniers. Ces aspects demeurent « une réalité et battent en brèche les valeurs fondamentales européennes<sup>1</sup> ».

Un rapport demandé par Madame la ministre de la santé à Monsieur Edouard Couty, remis en février 2009, envisage de nouvelles mesures visant à renforcer la sécurité de nos concitoyens en proposant la création de structures de soins mieux adaptés, en renforçant la formation des infirmiers et en développant les coopérations. Le rapport, en avril 2009, du sénateur Alain MILON propose de repenser les coopérations entre professionnels pour améliorer la prise en charge des patients et éviter le recours encore trop fréquent à la contrainte. Il propose notamment d'autoriser, dans le cadre d'expérimentations départementales, la mise en place des groupements locaux pour la santé mentale préconisés par le rapport Couty.

---

<sup>1</sup> Commission des communautés européennes, livre vert « Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne » 14/10/2005

Même si la Commission Européenne et les rapports de Messieurs COUTTY et MILON nous y invitent, on peut se demander, si, dans les conditions actuelles, il est possible de développer sereinement des alternatives à l'hospitalisation. Et dans cette perspective, quelle doit être la place du directeur des soins ?

L'organisation des soins en psychiatrie renvoie à une logique de processus de soins en amont et en aval de possibles hospitalisations. L'offre de santé mentale, définie comme un dispositif ayant une mission de soins psychiatriques, de prévention et de réinsertion sociale, doit être établie en fonction des besoins d'une population vivant dans un espace géographique donné. La continuité de la prise en charge doit être assurée et celle-ci doit être pluridisciplinaire. Ce processus, pour autant, n'est pas linéaire et la maladie mentale, chronique par définition, nécessite des adaptations de prise en charge. Dans ce cadre, il peut arriver des évènements qui perturbent la prise en charge, la compliquent. C'est la même logique que pour les évènements indésirables graves, tous ne sont pas des erreurs mais sont en lien avec le processus de soins engagé. Les médiatisations récentes de certains de ces évènements renvoient dans l'opinion des images d'incohérence, d'inadaptation qui bousculent les soignants, les citoyens et les partenaires des équipes hospitalières.

Ce mémoire professionnel a pour objet de demander pourquoi est-il difficile de développer les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie ? De cette question de départ nous avons extrait quatre hypothèses :

- Les représentations des soignants sur les capacités des malades et des malades eux-mêmes sur leurs potentiels ne favorisent pas la recherche de solutions adaptées externes à l'hôpital.
- La création d'alternatives à l'hospitalisation se construit encore sur des méconnaissances réciproques des différents champs sanitaires, social et médico social.
- Le projet de soins n'intègre pas des modalités de PEC différenciées pour les personnes hospitalisées au long cours.
- Le projet de soins n'intègre pas la promotion des partenariats utiles (internes et externes) pour le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Pour tenter de répondre à ce questionnement nous avons conduit une enquête de terrain auprès de six établissements, dont cinq CHS et y avons rencontrés les directeurs, les présidents de CME, les directeurs des soins et d'autres professionnels. Par ailleurs, il était important dans ce travail de pouvoir prendre en compte le point de vue des usagers et des partenaires des champs social et médico-social.

Nous proposons un travail en trois parties. Dans une première partie, nous faisons part de notre conception de la construction des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie à travers un ensemble de textes réglementaires ou de recommandations de bonnes pratiques. La seconde partie vise à mesurer à travers notre enquête, l'implication des directions administratives et médico soignantes dans la formalisation d'un projet relatif aux personnes hospitalisées au long cours et à la promotion des partenariats utiles pour leur insertion. La troisième partie engage le directeur des soins, de par sa position institutionnelle, dans la définition d'un plan d'action d'amélioration.

## **1. Le cadre contextuel : de la « désinstitutionnalisation » au développement et à l'encouragement des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.**

La circulaire du 15 mars 1960 prescrit que « le malade ne doit plus être isolé mais intégré ». La notion de secteur est introduite afin d'assurer une continuité du traitement en un même lieu. Déjà la dynamique partenariale prenait corps dans le champ de l'accompagnement des patients relevant de la psychiatrie.

Pourtant, la loi du 30 décembre 1970 intervenait, séparant au sein de l'hôpital, la santé mentale et la psychiatrie des autres disciplines médicales.

En 1975, la garantie des droits fondamentaux des handicapés est abordée de manière à favoriser l'insertion des personnes handicapées. On passe d'un système dit « d'assistance » à un système dit de « solidarité nationale ».

Quatre phénomènes notables pressentent l'émergence de la notion du handicap psychique, susceptible de favoriser des possibilités d'insertion adaptées :

- L'efficacité de la psychiatrie par des découvertes chimiques et psychothérapeutiques. Elle se traduit par la réduction du temps d'hospitalisation et le retour dans les familles mais paradoxalement on constate une nouvelle visibilité des pathologies psychiatriques et de nouvelles stigmatisations.
- La notion de déficience mentale apparaît, qui désigne aujourd'hui ce que l'on recouvre sous le vocable de déficience psychique. En outre, une importance est donnée à la garantie de ressources minimales aux personnes handicapées. En 1998, les statistiques démontrent d'ailleurs qu'une personne sur quatre bénéficie d'une pension d'invalidité versée par la sécurité sociale.
- A cette période on assiste à une diminution considérable du nombre de lits de psychiatrie parallèlement à un essor du secteur médico-social.
- Les patients suivis pour des troubles mentaux sont confrontés à des situations d'impasse donnant le jour à de nouvelles précarités professionnelles, familiales et sociales. Une articulation des politiques de soins et d'insertion s'avère dès lors nécessaire.

L'action sociale repose dorénavant sur l'évaluation des besoins.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 dans son chapitre introductif aux droits des usagers stipule que l'évaluation des besoins est indispensable à l'action sociale.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé institutionnalise les réseaux de santé. Ainsi, le code de santé publique en son article L. 6321-1 dispose que «les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge

sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations ou activités sanitaires ».

Fort de ces avancées, le législateur intervient en créant la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, laquelle offre une définition nouvelle du handicap et intègre dans ce champ, le handicap psychique.

Désormais, le handicap se définit ainsi qu'il suit <sup>2</sup>: « constitue un handicap toute limitation 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. »

Ces nouveaux concepts se traduisent par des dispositifs possibles d'accompagnement pour les usagers, les familles et les professionnels et invitent à un changement radical de mentalité, dans la continuité de la loi sur l'action sociale et médico-sociale. Le plan « psychiatrie et santé mentale » 2005/2008 et le SROS 3 s'accordent sur la nécessité d'une approche globale sanitaire et médico-sociale afin d'optimiser la réponse aux besoins de la personne handicapée psychique, notamment en termes d'inclusion.

Les notions d'intégration, (qui suppose l'ajustement de la personne à son environnement) et d'inclusion socioprofessionnelle (qui implique une adaptation de l'environnement à la personne) se côtoient.

## **1.1 La désinstitutionalisation**

Madame Androulla Vassiliou, a, lors de la conférence sur la santé mentale à Bruxelles le 13 juin 2008 rappelé la nécessité de lutter contre l'exclusion des personnes atteintes de troubles psychiques et d'en combattre les stigmates<sup>3</sup>.

La « désinstitutionalisation » des services voués à la santé mentale et leur transfert dans des services de soins primaires, des centres communautaires et des hôpitaux généraux en fonction des besoins des patients et de leurs familles peuvent aider à l'insertion sociale. Les hôpitaux psychiatriques risquent aisément de favoriser la stigmatisation. « Dans le contexte de leur réforme des services psychiatriques, de nombreux pays renoncent progressivement au traitement dans des établissements psychiatriques de grande taille (encore que, dans certains nouveaux États membres, ces établissements constituent le gros des infrastructures réservées à cet usage), au profit de services aménagés à l'intérieur de la communauté. Cette démarche va de pair avec la formation

---

<sup>2</sup>. Article L114 CASF

<sup>3</sup> Androulla Vassiliou, Commissaire européen, in "Together for Mental Health and Well-being" Bruxelles le 13 juin 2008, Reference: SPEECH/08/332 Date: 13/06/2008

des patients, de leurs familles et des prestataires de soins à des stratégies de participation active et de responsabilisation<sup>4</sup>».

Une étude réalisée pour la Commission – *Included in Society*<sup>5</sup> – a confirmé que le remplacement des établissements psychiatriques par des services de nature communautaire permettait généralement d'améliorer la qualité de la vie des personnes atteintes d'incapacité mentale.

## 1.2 Le secteur cloisonnant/décloisonnant

Dans la revue *Pluriels* n°75, Serge KANNAS<sup>6</sup> évoque « les facteurs liés à la rigidité de l'organisation sectorisée : ils induisent cloisonnement naturel, fragmentation et autoréférence et font prédominer l'élément (le secteur) organisé en suzeraineté indiscutable, sur le tout : projet collectif d'établissement dans un territoire donné (intersectorialité, programmes, filières) ».

Il est vrai que l'organisation des hôpitaux psychiatriques en secteurs n'a pas toujours favorisé une vision harmonisée des pratiques dans l'opinion, ni auprès de ses partenaires. Le plan de Santé Mentale 2005-2008 s'est fait l'écho de cette préoccupation, au plan national. Malgré ses objectifs affichés, il n'a pu remédier aux problèmes posés par la carte des secteurs, dont les moyens et la population à prendre en charge s'avèrent très disparates. Il prévoit le développement d'une offre médico-sociale adaptée permettant l'amélioration des conditions du placement en aval et une meilleure fluidité de la filière avec le secteur médico-social sans obérer les moyens de la psychiatrie :

- Adapter l'offre de soins aux besoins de soins des patients et plus particulièrement dissocier ce qui relève d'une prise en charge sanitaire, médico-sociale ou mixte,
- Améliorer la qualité des soins et plus particulièrement l'adaptation de la réponse aux besoins de soins des malades pris en charge au long cours,
- Ouvrir l'hôpital sur l'extérieur et développer les partenariats.

Il existe une double dimension de la sectorisation psychiatrique. A ses origines, elle est avant tout un changement de paradigme des soins : le patient n'est plus un sujet hospitalisé que l'on reverra éventuellement après son hospitalisation en post-cure, mais une personne en interaction avec un environnement familial et social qui lui-même doit être pris en compte ; le patient sera soigné dans et avec cet environnement.

---

<sup>4</sup> Berger, H. (1999) : Health Promotion - A Change in the Paradigms of Psychiatry, in Berger, H. ; Krajic K. ; Paul R. (Hrsg.) : Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks – Conrad, Gamburg

<sup>5</sup> Inclusion Europe, *Included in Society* (2003-2004), projet réalisé dans le contexte du Fonds social européen ([http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/index/socinc\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf))

<sup>6</sup> Serge Kannas revue *Pluriels* N° 75, Septembre 2008

Proximité et continuité des soins sont les maîtres mots et l'hospitalisation ne devient plus alors qu'un des temps de la prise en charge. Dans un second temps, en 1985, avec sa légalisation (car jusqu'à cette date, il n'avait fait l'objet que de circulaires) le secteur psychiatrique est devenu également un espace de planification sanitaire. Le découpage des années soixante, globalement, a été très peu revu, malgré des changements géodémographiques importants survenus depuis<sup>7</sup>. Le niveau de planification des équipements doit sûrement se situer aujourd'hui à un autre niveau, mais la dimension de proximité et de continuité des soins sur un territoire à dimension humaine reste une des valeurs à laquelle les praticiens sont très attachés. Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires évoque l'intérêt de mieux coordonner les différentes structures hospitalières sur un même territoire et de les regrouper dans les communautés hospitalières de territoire, quelle que soit leur activité, y compris psychiatrique. Il apparaît nécessaire que dans ce cadre les missions et les règles d'évaluation de l'activité soient clairement précisées. [...]

Nous évoquerons à ce niveau la difficile articulation entre médecins, soignants, directeurs des soins, directeurs, président de CME. Cet aspect a été plusieurs fois évoqué. Comme le souligne Freidson [...] « c'est ainsi qu'on peut dire que le fonctionnement de l'hôpital est en quelque sorte disloqué, brisé, et qu'il lui manque l'autorité claire et univoque qui, selon Weber, donne aux organisations leur efficacité et leur fiabilité » (1970 [1984 : 126]). Une des questions sous-jacentes lorsqu'il est question aujourd'hui des missions de la psychiatrie est celle justement d'en préciser le « qui fait quoi », les limites et les modes d'articulations avec d'autres dispositifs, ceux du champ médico-social, mais aussi du social, sans oublier les liens avec les représentants des familles et des usagers eux-mêmes. L'émergence des concepts de réseau et de territoire de santé, vécus comme une production des technocrates de la santé coupés des réalités quotidiennes, a suscité inquiétude et incompréhension, car ils signent, pour certains, la disparition de la sectorisation psychiatrique.

### **1.3 Les usagers, leurs familles, leurs aidants**

Nous avons noté que, bien souvent relégués dans des services vétustes, ces malades vivent à l'hôpital psychiatrique dans des conditions d'hygiène et de sécurité peu respectueuses des normes. « L'intimité, la dignité ne sont pas toujours respectés »<sup>8</sup>, peut-on lire dans un certains nombre de travaux ou dans les rapports de certification de

---

<sup>7</sup> Rapports annuels de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, DREES. Cette enquête réalisée en 2003 auprès des secteurs de psychiatrie couvre la totalité du champ de l'activité des secteurs. Cartographie des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, DREES-INSEE. INSEE, Recensement général de la population 1999 et estimations localisées de population.

certaines CHS. Nous noterons également, dans ces rapports de certification consultés sur le site de la HAS<sup>9</sup>, pour ces malades, l'absence de projets thérapeutiques formalisés, de projet de vie<sup>10</sup> et de sortie. La difficulté est bien déjà dans le sens donné à la fonction de l'hôpital psychiatrique. Les patients des unités d'hospitalisation temps plein que j'ai pu rencontrer lors de mon exercice professionnel, des stages ou lors des rendez-vous pour ce mémoire, sont des personnes présentant des troubles psychiques chronicisés, ou déficitaires sur un plan intellectuel, ou présentant des troubles psychotiques infantiles vieilliss, ou ayant des troubles de l'adaptation dans les différentes structures d'hébergement, enfin ce peuvent être des personnes relevant d'une orientation MAS ou FAM. Ils ont été pris en charge successivement dans plusieurs unités d'hospitalisation des CHS. Les durées d'hospitalisation sont parfois supérieures à vingt ans. D'autres ont bénéficié de prises en charge extérieures qui, pour diverses raisons, n'ont pu être prolongées ce qui renforce pour le malade ou les soignants le sentiment d'échec. Les malades sont âgés de 25 à 65 ans, souvent célibataires, sans travail, avec orientation CDAPH de la MDPH, vers un foyer de vie ou parfois un ESAT (d'où quelquefois certains se sont fait renvoyer), très souvent sans entourage familial proche. Ils sont en situation permanente de rupture : rupture du lien familial, rupture du lien social (mais aussi rupture au sein de la personne même, comme en témoignent tous les problèmes liés au corps et à sa « mise en distance »). L'objectif principal des structures de soins, de leur personnel soignant, est de permettre à ces patients d'acquérir un minimum d'autonomie leur permettant de sortir du « carcan » hospitalier pour réinsérer la sphère sociale, pour recréer du lien entre le « dedans » et le « dehors ». Pour se faire, il faut réussir à mobiliser, et exploiter, les capacités d'intégration des patients. Démarche participative, autant du côté des patients que des soignants, qu'il est évidemment parfois très difficile de mettre en œuvre. Face aux difficultés, aux échecs éventuels, l'espoir peut disparaître, chez les uns comme chez les autres, l'objectif de « sortie » basculant alors dans les esprits du côté de l'utopie, perdant sa dynamique initiale pour s'achever dans la routine : les patients sont maintenus en vie au sein même de l'institution.

#### **1.4 Le développement des alternatives à l'hospitalisation**

Le temps de l'hospitalisation complète ne devant donc normalement constituer qu'un moment de la prise en charge des patients, s'inscrit dans la continuité entre les prises en

---

<sup>8</sup> Tels que l'évoque les membres du groupe n°14 du module interprofessionnel de santé publique en 2007 sous la direction de serge Kannas. Site Internet de l'EHESP. <http://www.ehesp.fr/>

<sup>9</sup> Site de la Haute Autorité de Santé. <http://www.has-sante.fr/>

<sup>10</sup> La notion de projet de vie apparaît dans la loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 et concerne les établissements placés dans les champs social ou médico-social. Toutefois, les unités accueillant des malades hospitalisés au longs cours (plusieurs années) auraient pu envisager pour leurs « malades

charge en consultations, en CMP ou en ville, les diverses formes de prise en charge à la journée et les solutions à plus long terme de type post cure ou médico-sociales.

Le plan "Psychiatrie et santé mentale 2005 - 2008" préconise de renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et de diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète. Le mode de prise en charge tel que les interventions et hospitalisations à domicile sont préconisées. La politique nationale en faveur de la création d'HAD est soutenue par un ensemble de textes réglementaires dont le texte fondateur demeure la circulaire du 15 mars 1960. La circulaire DHOS n° 2004-14 du 4 février 2004 développe le cahier des charges propre à la prise en charge de l'HAD en psychiatrie. Ce dispositif reste cependant encore marginal en psychiatrie. L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ ou instables qui en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation lorsque la prise en charge à domicile est possible. Ces patients nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :

- une coordination des soins,
- une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient, des soins infirmiers quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier. Peuvent s'ajouter des soins dispensés par un aide soignant, des soins d'orthophonie, une prise en charge psychologique, des prestations d'ergothérapie, une prise en charge sociale.

« Avec la loi du 4 mars 2002 et celle du 11 février 2005, le champ de la santé mentale s'élargit au-delà des seuls professionnels de la psychiatrie. Le secteur a parfois été le lieu d'un tout psychiatrie. Aujourd'hui, la santé mentale, c'est aussi le champ social et le champ médico-social. Il s'agit de sortir des clivages historiques et de passer du cloisonnement au partenariat. Autour des notions de maladie et de handicaps psychiques, s'organisent les territoires de demain qui signifient une nouvelle organisation en réseau qui permettra aux professionnels variés de s'associer pour assurer à chaque patient la continuité des soins et un accompagnement. <sup>11</sup> »

La politique de santé mentale a ainsi connu des évolutions importantes ces dernières années : reconnaissance du handicap psychique, politique d'investissements hospitaliers

---

résidents » la formalisation d'un projet de vie, incluant la recherche de structures d'hébergements adaptés.

<sup>11</sup> Les auteurs de *territoire et santé mentale : du décroisonnement au partenariat* en 2007, sous la direction de Jean de Kervasdoué,

en psychiatrie, renforcement de la formation et tutorat des infirmiers, mise en place d'équipes mobiles de psychiatrie de secteur en direction des personnes en situation de précarité, naissance des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), création de nouveaux services d'accompagnement à la personne (SAMSAH, SAVS). Malgré ces évolutions positives, les besoins des personnes souffrant de troubles psychiques sont toujours insuffisamment couverts, en particulier en matière d'hébergement adapté et de (ré) insertion dans la vie professionnelle.

### **1.5 Vers un exercice coordonné, quelles coopérations possibles ?**

Le sénateur Alain Milon rappelle que le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit la mise en place de coopérations entre professionnels de santé. « Elles pourraient être l'occasion, pour les médecins psychiatres, de s'engager dans des protocoles innovants permettant notamment la délégation de tâches et une répartition de rôles plus efficaces entre médecins, psychologues cliniciens et infirmiers sous le contrôle de la Haute Autorité de santé (HAS) ».

Dans le paragraphe relatif aux « possibilités de coopérations avec délégations de tâches », il propose le développement de nouveaux réseaux de soins psychiatriques susceptibles de réunir les professionnels et les structures pour améliorer le traitement de certaines pathologies. Il souhaite confier à la HAS d'étudier les possibilités d'exercice coordonné des soins dans le domaine de la psychiatrie pour mesurer les possibilités d'amélioration de la prise en charge et des soins.

En proposant le schéma suivant le sénateur Alain Milon illustre la grande complexité de l'offre de soins.



Source : Haut Conseil de la santé publique - Présentation à l'Opeps et à la commission des affaires sociales du Sénat le 27 février 2009

« Au travers des coopérations entre professionnels de santé, il devrait être possible de passer d'une offre de soins morcelée à une offre de soins coordonnée. On l'a vu, l'évolution favorable de la psychiatrie en France passe par son recentrage sur le patient tant en terme de thérapies que de structures. »<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Rapport du sénateur A.Milon p.19

## 2 Résultats des investigations

### 2.1 La méthodologie

Développé dans le cadre du mémoire professionnel, nous avons souhaité envisager notre travail dans une perspective mettant en lien notre expérience professionnelle, l'actualité de la psychiatrie et la problématique des acteurs dans la construction des alternatives à l'hospitalisation.

La méthodologie de l'enquête s'inspire par sa construction du principe d'une démarche qualité en quatre étapes successives : planifier la démarche de recueil des informations en définissant la stratégie et les structures nécessaires à interroger ; réaliser une enquête à partir d'un questionnaire support d'interviews ; évaluer le travail réalisé en le reliant à différents outils tels que les textes réglementaires, les recommandations, les indicateurs, les projets, les études et nos hypothèses de travail ; mettre en place un plan d'actions d'amélioration en proposant un suivi adapté.

➤ Les établissements :

Nous nous sommes rendu dans six établissements : cinq CHS et un CHG hébergeant un service de psychiatrie. La taille des CHS est relativement identique, variant toutefois par le nombre de structures ambulatoires et à temps partiels créées sur les secteurs. Tous les établissements disposent de partenaires identifiés dans les champs, sanitaire, social et médico social. Il est cependant à noter que certains établissements gèrent par eux-mêmes des structures médico-sociales de types MAS ou FAM (deux sur les cinq). Parmi les cinq CHS, deux seulement disposent d'un projet dédié aux personnes hospitalisées au long cours, ou aux malades « dits » chroniques. Un autre CHS envisage la formalisation d'un projet spécifique dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement. Ce ne sont pas les CHS disposant de structures médico-sociales qui disposent de ces projets. Les suivis des personnes orientées vers les structures médico-sociales ou sociales sont inégalement mis en oeuvre par les secteurs. Dans un CHS une équipe mobile « soins de réadaptation » a été financée.

Les relations avec les hôpitaux généraux ne sont pas toujours faciles et il existe de nombreux dysfonctionnements, notamment au niveau des services d'urgence. Toutefois, dans le CHG visité, les relations soins généraux/ soins psychiatriques, font l'objet d'évaluations régulières qui contribuent à coordonner efficacement le travail des acteurs. Les malades dits « psychiatriques » cohabitent avec les autres patients des divers services, sans que cela crée de difficultés particulières dans les relations. Dans les autres établissements des conventions existent mais leurs évaluations ne sont pas toujours réalisées ou suivies.

➤ Les personnes rencontrées

Les professionnels ont été choisis en fonction de leur implication sur le sujet ou de leur difficulté à mettre en œuvre les orientations décrites dans la première partie. Le choix des personnes interrogées a aussi été guidé par les opportunités d'entrevues durant mes stages et de souhaits de rencontres suite à la revue de la littérature réalisée, de conseils de la part de mes référents mémoires, de personnes ressources déjà connues. Le recueil des données avait pour objectif de mieux comprendre les difficultés supposées dans la mise en œuvre d'orientations nationales ou européennes.

Comme évoqué dans l'introduction de ce travail, l'enquête de terrain nous a amené à rencontrer des directeurs de soins et des directeurs de CHS, un directeur de DDASS, des représentants de dispositifs d'insertion partenaires de CHS et des représentants d'association d'usagers. Mon questionnement auprès d'eux, visait à vérifier les hypothèses en lien avec la question de départ : Pourquoi est-il difficile de développer les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie ?

Les rencontres ont eu lieu sur les lieux de travail ou de résidence des personnes. Toutes ont facilité l'accès à leur documentation concernant le sujet abordé, ce qui nous a permis d'enrichir notre étude.

➤ Le questionnaire :

Les entretiens ont été réalisés sur la base d'un questionnaire<sup>13</sup>. Le questionnaire réalisé s'est appuyé sur les quatre hypothèses que nous avons évoquées dans l'introduction de ce travail. Ces hypothèses ont pour bonne part valeur d'indicateurs : existence d'un projet de soins individualisé identifiant le projet de sortie, existence d'un axe du projet d'établissement concernant les personnes hospitalisées au long cours, existence de formalisation de partenariats avec évaluations régulières, existence de la promotion des partenariats utiles intégrée dans le projet de soins ou de prise en charge.

Les réponses aux questionnaires s'articulent autour de quatre grandes notions que nous évoquons ci-après. Nous abordons dans chaque chapitre les résultats issus de nos différents entretiens ainsi que le lien avec nos hypothèses de départ.

## **2.2 Pour les professionnels rencontrés, il faut passer d'une logique de chronicité à une logique de projet.**

Dans ce chapitre nous questionnons l'existence d'un projet de soins identifiés pour les personnes hospitalisées au long cours, pour donner du sens à la pratique des professionnels soignants : à quoi sert l'hôpital, avec quels outils je travaille, et avec qui ?

---

<sup>13</sup> Le questionnaire est en annexe 1.

### 2.2.1 La chronicité

Le projet de soins n'intègre pas des modalités de prise en charges différenciées pour les personnes hospitalisées au long cours. Notre hypothèse est ici vérifiée dans quatre établissements visités sur six. Les soins proposés aux personnes hospitalisées au long cours relève d'une forme de stéréotypie favorisant, selon certains de nos interlocuteurs, les iatrogénies à l'hospitalisation. Il nous paraît ici intéressant de relever l'expérience conduite dans un établissement. Celui-ci a fait conduire un travail par un anthropologue. Le regard d'une personne extérieure à l'institution a pu apporter aux professionnels des éléments de réflexion, et de ce fait a provoqué une nouvelle dynamique. Le travail de ce professionnel s'est traduit d'abord par une observation minutieuse, une écoute attentive, un échange de paroles par le biais d'entretiens individuels, ou collectifs. Dans cette première phase de travail, sont questionnés la maladie, l'enfermement, la vie à l'hôpital, les notions d'espace et de temps, le rapport au corps, la relation à autrui, la perception de l'extérieur, etc. le fait qu'elle soit conduite par quelqu'un d'extérieur et de neutre, a pu donner l'occasion, aux patients et aux soignants, de s'exprimer différemment qu'à l'accoutumée, de mettre des nouveaux mots sur leurs maux, d'établir un nouveau dialogue et de nouvelles perceptions. Dans un second temps, le travail d'analyse de ce professionnel externe, après avoir récolté le maximum de « paroles » diverses, d'observations en différentes situations, a pu servir de base de réflexion, et de travail, pour le personnel de ses unités et les responsables. « Ce qui ne se voit plus, ou pas, ne s'entend plus, ou pas, par les gens « du dedans » (le temps finissant souvent par rendre « aveugle », par effet d'accoutumance ou de résilience) peut par contre interpeller l'attention du " néophyte " »<sup>14</sup>.

Le travail d'observation a été facilité par le fait qu'il s'agissait d'étudier des lieux bien définis d'un point de vue spatial (et institutionnel), où des gens vivent quotidiennement ensemble jusqu'à former une micro-société. Les temps d'observation ont pu concerner divers moments du quotidien : repas, activités manuelles, sportives, soins esthétiques, réunions, rencontres, sorties, etc. Des entretiens, individuels et/ou collectifs, ont pu être menés avec le personnel soignant, les patients, le personnel administratif, les intervenants extérieurs.

Cependant, par manque de temps de l'intervenant, l'étude n'a pu être poursuivie aux liens avec les autres structures de l'hôpital partenaires du service, les secteurs. De même, la validité des hypothèses élaborées, n'a pu être testée<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Propos établit par l'anthropologue dans son propos introductif à l'étude, document partiel, le rapport final n'a pas été remis, car elle a interrompue son travail pour des raisons personnelles.

<sup>15</sup> Selon Erhard Freiberg, dans la revue POUR n°28, page 109, « l'enquête extensive ultérieure a pour but de tester la validité des hypothèses élaborées pendant cette première phase auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble des membres de l'organisation ».

Ainsi, pour certaines des personnes interrogées s'il faut reconnaître le génie propre de la maladie à créer de la chronicité, il faut pouvoir remettre en perspective le travail des soignants pour éviter de renforcer cette chronicité et éviter les iatrogénies à l'hospitalisation.

### **2.2.2 Les directeurs de soins cherchent à donner du sens à la pratique des professionnels par la réécriture du projet de soins**

Les établissements visités ne disposent pas tous dans leur projet de soins, ni dans le projet médical, d'un axe relatif aux personnes hospitalisées au long cours. Une des difficultés réside parfois dans la difficile alliance avec certains médecins qui supportent mal une forme d'ingérence : « le secteur doit tout faire » ai-je ainsi pu entendre par un praticien hospitalier. Cependant, les contrats de pôles intègrent peu les déclinaisons du projet d'établissement, ou alors de manière partielle, ne favorisant pas la mesure des attendus, tel qu'on peut le rechercher dans le rapport d'activité notamment. Lorsqu'il existe, comme dans deux des CHS visités, il a permis au directeur des soins et au Président de la CME, de faire préciser plusieurs objectifs relatifs à :

- la redéfinition critique des missions de soins et d'assistance aux malades,
- l'interrogation sur ce que sont les soins de qualité à la population prise en charge,
- la recherche d'une participation du malade à son projet,
- l'amélioration de la dépendance des malades en termes de compétences (habilité dans la vie quotidienne et sociale) et la capacité à vivre à distance d'aidant.

Comme le précise un médecin responsable de pôle: « Ces objectifs s'inscrivent sur une durée qui ne peut être inférieure à trois ans mais dont le calendrier doit être précis pour nous éviter d'être nous-mêmes « chronicisés ».

Ces objectifs permettent au directeur des soins de mobiliser les équipes dans une action attentive, programmée, continue avec des actions de soins, de soutien, d'acquisition de compétences qui sont déclinées dans le projet de soins. <sup>16</sup>

Ces actions s'articulent avec l'ouverture du CHS sur l'extérieur et l'organisation d'un dispositif d'aval, à l'extérieur de l'hôpital, présentant des solutions graduées pour les patients.

Les équipes des unités d'hospitalisation complète peuvent s'appuyer sur les compétences des autres équipes du pôle : un hôpital de jour, un CATTP, un foyer de post cure, des appartements associatifs et une unité mobile d'aide à la vie dans les structures d'hébergement créées, ainsi que sur les équipes du CMP partenaire. L'occasion de créer

---

<sup>16</sup> Entretien réalisé le 30 avril 2009 au sujet du projet de soins d'un CHS. Des actions de formation ont été développées. Les associations d'usagers (UNAFAM-Espoir) sont associées aux travaux conduits dans cet établissement.

une équipe mobile a permis de diminuer le nombre de ré hospitalisations, car les situations difficiles on pu être gérées par cette équipe.

Pour les membres d'une association d'usagers interrogés, il est indispensable que les personnes ayant une maladie chronique, avec une variabilité des troubles, puissent bénéficier de soins ambulatoires de proximité, la possibilité d'un accueil de crise, ou de soins hospitaliers de plus longue durée si nécessaire, avec une prise en charge sociale ou médico-sociale adaptée. « A l'articulation des deux doit se situer les soins de réhabilitation, qui sont à la psychiatrie ce que la rééducation fonctionnelle est à la médecine ou à la chirurgie »<sup>17</sup>. C'est précisément ce qui est souvent recherché mais sans qu'il y ait toujours la possibilité de s'appuyer sur un dispositif d'aval suffisant. Nous abordons cette difficulté dans le chapitre 2.4.3.

## **2.3 Une gestion des compétences et des métiers difficile à adapter**

Ce deuxième chapitre consacré aux réponses de nos interlocuteurs est relatif aux représentations des soignants sur les capacités des malades et des malades eux-mêmes sur leurs potentiels. Nous avons suggéré que ces représentations ne favorisent pas toujours la recherche de solutions adaptées externes à l'hôpital à travers le prisme de la compétence. Nous avons recherché dans les échanges en quoi la définition d'un projet de soins nécessite de poser la question des compétences à mobiliser auprès des patients et de définir les métiers les mieux à mêmes de pouvoir répondre aux besoins.

### **2.3.1 La gestion des compétences :**

Dans cette logique, les directeurs des soins, invitent dans certains cas l'encadrement à proposer des échanges professionnels et des stages d'immersion<sup>18</sup> des patients afin de promouvoir des modalités de prise en charge mieux adaptées et de motiver les acteurs.

Les constats pris en compte lors de nos entretiens<sup>19</sup> montrent des évolutions souhaitées en terme de prise en charge des usagers par le développement de soins mieux adaptés dans les CHS, le développement de certains partenariats utiles. Nos entretiens pointent aussi les limites des secteurs psychiatriques et des outils d'évaluation en cours.

Par ailleurs, l'hospitalisation en favorisant l'anonymisation du malade et sa dépendance à l'institution et aux soignants renforce « l'insensibilisation qui le prive de lui-même<sup>20</sup> ».

---

<sup>17</sup> Comité Français pour la réhabilitation psychosociale, Denis Leguay, CESAME, Angers, Elisabeth Giraud-Baro, St Egrève.

<sup>18</sup> Un DS nous a parlé de stage de comparaison, durant lequel le patient expérimente d'autres lieux, d'autres pratiques. Ils agissent selon un directeur de MAS comme un séjour de rupture d'avec un environnement connu et maîtrisé.

<sup>19</sup> Cf. liste des personnes interviewées dans les remerciements.

<sup>20</sup> Un médecin responsable d'un pôle soins de réadaptation dans un CHS et référent d'un dispositif d'insertion

Nous avons noté que les principes de l'élaboration du projet de soins<sup>21</sup> et du projet de vie contenu dans la loi du 2 janvier 2002, ne sont pas, selon nos interlocuteurs, déployés partout de la même manière. Nous retenons aussi que quel que soit le mode d'organisation, le travail avec les partenaires dépend fortement de l'engagement des acteurs, de leur motivation, de leur expertise. La question relative à la manière de soutenir cette motivation, de la valoriser dépend des politiques institutionnelles définies et conduites. Les plans de formation mis à notre disposition ne définissaient pas d'axes relatifs aux soins de réadaptation pourtant évoqués aujourd'hui comme pouvant apporter une réponse adaptée aux problématiques des patients. De ce fait il existe un écart relativement important entre l'intention et l'action, renforçant dans certains cas les discours sur les manques de moyens.

### **2.3.2 La réflexion sur les métiers :**

Afin de permettre d'assurer les transitions utiles, deux CHS envisagent des transformations de postes notamment pour les soins du quotidien, le maintien de l'autonomie, de la relation aux autres. De même, il est visé de promouvoir l'expression des choix et du consentement en développant toutes les possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et, si besoin, à une aide technique. Le maintien des acquis et des apprentissages par des actions socio-éducatives adaptées et des accompagnant dans les actes de la vie quotidienne. Ainsi il a déjà été favorisé des transformations de postes d'aides soignants en aides médico psychologiques. Ces mêmes responsables envisagent aujourd'hui de travailler sur des organisations différentes, adaptées à des rythmes de vie particuliers. Ces nouvelles organisations permettront ainsi de mieux prendre en compte la logique d'un accompagnement avec la formalisation d'un projet individualisé. Mais elles sont définies le plus souvent en interne à l'hôpital, limitant de fait l'ouverture sur d'autres pratiques utiles au développement de l'autonomie et de l'indépendance. Toutefois, il est noté par les différents responsables rencontrés qu'il est illusoire de vouloir tout faire tout seul et qu'il est nécessaire que les grands principes du projet de vie pour les patients, en attentes de place dans des structures médico sociales, soient travaillés en amont.

L'avantage exposé d'une gestion des structures médico sociales par un CHS tient à l'offre de mobilité rendue possible par la taille de l'établissement et la multiplicité des lieux d'exercices. Ceci ne vaut toutefois que pour les métiers contenant une polyvalence d'exercice (IDE, Psychomotricien, Kiné, par exemple). Pour les AMP et les éducateurs, cet aspect est plus restrictif. La question relative au contenu des métiers est aussi

---

<sup>21</sup> Cf. rapports de certification de plusieurs CHS, sur le site de la HAS.

envisagée en tenant compte des besoins spécifiques d'un public déficitaire, peu autonome et dépendant.

## **2.4 Les partenariats en place dans le développement des alternatives à l'hospitalisation**

Ce chapitre synthétise les réponses relatives aux partenariats mis en œuvre en interne comme en externe.

### **2.4.1 En interne**

Le partenariat s'impose pour les personnes interrogées comme une évidence et une difficulté, au même titre que la spécialisation de la prise en charge avec le développement d'approches telles que « les soins de réadaptation », « la réhabilitation ». Ces approches ont parfois été évoquées, lors de la mise en place des pôles dans les CHS. Deux établissements ont fait le choix d'organiser les soins de manière spécifique en créant des services dédiés. D'autres, ont gardé le secteur comme organisateur des soins. Dans les deux cas, un travail collectif sur le sujet est difficile et les relations internes sont parfois « délicates<sup>22</sup> ». La promotion d'espaces de travail permettant d'élaborer des modalités d'actions collectives est compliquée à mettre en œuvre partout, du fait d'une perception concurrentielle au secteur. Toutefois, la place du directeur des soins est là attendue par certains médecins et les directeurs interrogés. Certains échanges nous ont permis de comprendre qu'il peut mettre de l'huile dans les rouages, mais qu'il peut aussi venir trop près de l'action et gêner la nécessaire appropriation de la problématique par les professionnels eux-mêmes. Pour un médecin responsable de pôle rencontré, les nouvelles questions qui se posent à la psychiatrie sont en lien direct avec la perte du lien social. L'hospitalisation en psychiatrie est un acte qui parfois assigne le patient et vient renforcer des clivages qu'induit la pathologie mentale. L'HAD a été évoquée par un directeur des soins comme une opportunité pour mobiliser les synergies familiales. De plus l'absence de coupure avec le quotidien peut être souhaitée par le patient et constituer un facteur favorisant son amélioration. Toutefois, selon un psychiatre interrogé, l'HAD ne peut s'envisager que dans des cas cliniques précis où la notion de passage à l'acte n'est pas au premier plan et où il n'y a pas nécessité de coupure d'avec l'environnement.

### **2.4.2 En externe**

Chaque établissement essaie de développer une approche à partir de sa maturité interne, de porteur de projet identifié et charismatique. Finalement ces approches sont encore peu

---

<sup>22</sup> Entretiens avec les directeurs de soins et les cadres de santé rencontrés.

nombreuses. Quand elles existent elles paraissent pertinentes. A titre d'exemple, la création de dispositifs d'insertion à partir d'un CHS a nécessité plusieurs années de coopération pour apprendre à travailler ensemble. Ce dispositif d'insertion a été mené en lien, et avec le soutien, du programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH), de la DDTEFP, de la COTOREP<sup>23</sup> et de la DDASS. Ce dispositif permet aujourd'hui à des ouvriers d'ESAT d'être mieux au travail et à des patients du CHS de trouver un espace de travail permettant d'affiner le projet professionnel. La réflexion a également conduit à proposer la mise à disposition d'un éducateur du CHS au Service d'Insertion de formation et d'accompagnement de l'ADAPEI, facilitant les liens entre les services de soins du CHS et cette association d'insertion. La création de ce dispositif a été rendue possible par l'engagement des personnes, leur bonne volonté, leur charisme, leur militantisme. Un autre CHS cherche à développer des actions de ce type et à pérenniser un fonctionnement qui repose au dire d'un directeur trop sur des approches personnelles, pour les intégrer dans un collectif cohérent et porteur de sens pour chacun. La création d'un réseau est la solution retenue à l'exemple de Galaxie (Saint Etienne), du dispositif Messidor (Drôme) et de Fil Rouge (Rennes).

Mais les personnes interrogées notent que la création de réseau de santé mentale se heurte encore aujourd'hui aux conditions réglementaire de leur financement, subordonnées à l'objectivation du nombre de bénéficiaires et des actes dispensés, comme les réseaux en soins somatiques ou le malade est facilement traçable. L'objectif est toutefois de « mieux se connaître<sup>24</sup> » pour travailler plus efficacement ensemble.

Des projets concernant l'hébergement ont aussi vu le jour. C'est indifféremment les directeurs, les directeurs de soins et les médecins qui en sont à l'origine. Pour cela des rencontres ont lieu avec les Maires et les responsables des sociétés HLM, des contacts réguliers avec les directeurs de structures médico-sociales, des rencontres avec des élus (conseillers généraux) et parfois la participation au Schéma Départemental du Handicap.

Toutefois il demeure un frein à l'évolution des dispositifs, en lien avec une difficulté à évaluer les besoins. Pour un directeur de DDASS en effet, il n'existe que peu de retour d'informations réellement utilisables dans cette perspective. Dans un CHS par exemple 150 personnes sont hospitalisées au long cours, sans qu'une indication de leur niveau de dépendance ou d'autonomie ne soit réalisée. Dans cette situation il est difficile de chiffrer le nombre de place en MAS, FAM, Résidence Accueil, nécessaires. Il est aussi compliqué de promouvoir les partenariats utiles. Par défaut donc les établissements créent leurs propres structures médico- sociales : des MAS ou des FAM. Ces structures sont créés

---

<sup>23</sup> Aujourd'hui MDPH

<sup>24</sup> Propos recueilli auprès d'un directeur de CHRS. Il travaille depuis plusieurs années avec les soignants du pôle soins de réadaptation du CHS, avec qui il gère une Résidence Accueil.

avec des moyens nouveaux, ce qui n'obère pas les moyens de la psychiatrie. Bien souvent ce sont les mêmes professionnels qui continuent de travailler dans ces structures, passant ainsi d'une logique sanitaire à une logique médico-sociale, sans véritable transition, ni formation.

## **2.5 La place du directeur des soins dans les organisations**

Dans les interviews nous avons recherché à faire préciser l'existant du travail et les attendus concernant la place du directeur des soins dans les organisations en place ou à développer.

### **2.5.1 L'organisation interne**

Dans toutes les réponses, les directeurs de soins cherchent à donner du sens au travail des professionnels en conduisant un travail d'expertise sur les pratiques et l'organisation des soins, en y associant l'encadrement. C'est notamment le cas dans l'écriture du projet de soins ou les directeurs des soins positionnent les soignants dans l'amélioration de la qualité de vie des usagers. Dans cette logique les directeurs de soins interrogés sont à chaque fois attentifs aux modalités d'action des IDE. Cette dimension est reconnue par l'ensemble des autres acteurs institutionnels, directeurs et présidents de CME.

Dans le cas particulier des unités accueillant des malades hospitalisés au long cours, les directeurs de soins rencontrés pensent qu'il serait utile de développer une formation adaptée des professionnels au public accueilli et non au statut juridique des unités d'accueil. Cette remarque s'inscrit dans la recherche d'un projet de soins adapté. Les directeurs des soins portent attention à ce que les projets de pôles intègrent les axes forts du projet de soins et incluent les approches transversales ou intersectorielles.

Par ailleurs, les CSIRMT sont encore peu mobilisées sur ce sujet de même que les sous commissions qualité des CME. De fait la recherche, inscrite dans leurs missions sont peu développées et n'intègrent pas le programme d'EPP des établissements que nous avons visités, ce que regrettent notamment les représentants des usagers.

Il est toujours répondu que le rôle du directeur de soins est de rendre lisible une offre de soins et de prise en charge adaptée auprès des partenaires. Pourtant, pour les partenaires et les associations de patients, les modalités de suivi sanitaire en aval de l'hospitalisation sont peu repérables.

### **2.5.2 L'organisation externe**

Nous avons ici pu vérifier que la création d'alternatives à l'hospitalisation se construit encore sur des méconnaissances réciproques des différents champs sanitaires, social et médico social.

Les changements sociétaux font évoluer les pathologies et les syndromes qui nécessitent des coordinations encore difficiles à conduire. Aujourd'hui, les politiques de secteurs

contribuent à la sortie des patients. 80% des patients sont suivis hors l'hôpital, multipliant ainsi les rencontres avec d'autres professionnels des champs social ou médico-social. Les professionnels interviewés s'interrogent sur la manière de contribuer à combler les lacunes identifiées par les partenaires externes. La question du lien social est souvent posée comme favorisant ou non l'insertion. Or, pour les personnes interrogées, l'hôpital est encore trop hospitalo-centriste dans son organisation ce qui est paradoxal dans la mesure où les malades vivent maintenant hors les murs de l'hôpital. Des initiatives diverses de prise en charge et d'accompagnement dans la cité, émanant du secteur social ou des professionnels de santé, ont émergé. Mais trop souvent encore, ces projets ne relient pas suffisamment les intervenants sanitaires et sociaux – condition indispensable à une prise en charge cohérente des usagers. Pour statuer sur les besoins individuels du patient, et déterminer la nature des interventions qu'il requiert, il est nécessaire de disposer à la fois de structures sanitaires susceptibles d'établir un diagnostic clinique, qui devra comprendre une appréciation des capacités cognitives, de l'autonomie sociale, et du réseau social existant et susceptible de faire support aux démarches d'insertion. C'est dans ce contexte que, par exemple, la Fondation de France a souhaité soutenir un CHS pour son projet qui s'appuie concrètement sur un travail d'accompagnement concerté entre le médical, le social et le médico-social. Cette démarche associe autant que possible les usagers et leur famille. Ce CHS a été primé afin de soutenir la création d'une résidence accueil de 23 places. Les résidents trouvant là un hébergement et un suivi sanitaire adapté, grâce à la création d'une équipe mobile soutenue par la DDASS et l'ARH.

### **3 Les préconisations**

Le contexte ici étudié et les rencontres avec des professionnels d'horizons différents nous ont amenés à confirmer nos hypothèses de départ. Afin de travailler sur les représentations des soignants sur les capacités des malades et des malades eux-mêmes sur leurs potentiels, de mieux se connaître pour favoriser la création d'alternatives à l'hospitalisation, nous sommes amenés à proposer certaines préconisations pouvant être développées. Elles sont comme un plan d'amélioration visant à définir systématiquement :

- Un projet de soins adapté inclus dans le projet d'établissement,
- Une réflexion sur les droits de la personne accueillie,
- Des professionnels sensibilisés et impliqués dans l'élaboration des projets de sortie,
- Des partenariats identifiés et...
- Pour chaque patient un projet individualisé coordonné,
- Des compétences utiles, mobilisés à ses côtés et...
- Des outils d'évaluations, pertinents, favorisant les orientations à la sortie et le soutien à domicile.

#### **3.1 Vers une démarche systématique de réflexion sur les droits des personnes accueillies.**

Nos propositions visent à préciser en premier lieu, des orientations en lien avec la personne soignée et l'organisation des soins. En tant que directeur des soins, notre projet de soin institutionnel définit donc les principes suivants :

##### **3.1.1 Les orientations relatives à la personne soignée**

Ce que nous retenons dans un premier temps est de considérer le temps de l'hospitalisation en psychiatrie dans le respect des droits des usagers. C'est un temps qui doit être limité et dont le contenu doit être négocié. Nous devons développer la connaissance des droits des personnes soignées en assurant la formation et une actualisation régulière des connaissances des professionnels de santé en regard des textes en vigueur, des recommandations et procédures internes. Il nous faut inclure dans la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants la sensibilisation aux droits des patients et aux valeurs professionnelles. Les recommandations relatives à l'information à donner au patient sont établies, précisant à chaque étape de la prise en charge, la nature de l'information à donner, qui la donne, en fonction du domaine de compétences de chacun. Les professionnels sont sensibilisés au concept de bientraitance

et sont accompagnés dans le développement de projets et la prise d'initiatives dans ce domaine.

L'encadrement soignant développe son rôle de garant du respect des valeurs soignantes et des droits des patients. Nous pourrions ici valoriser l'apport des sciences humaines et des valeurs humanistes dans la réflexion et les pratiques des professionnels paramédicaux. C'est encourager les professionnels à « penser le soin », à interroger leur pratique, à les analyser et à les évaluer. Nous aiderons les professionnels à partager cette réflexion avec les usagers, avec leurs familles, avec les partenaires du soin, avec l'aide d'intervenants extérieurs si nécessaire.

De plus il nous faut décliner les valeurs soignantes et les droits des patients dans le quotidien des soins. Ceci passe notamment par le développement de supports d'information et d'éducation à la santé à l'attention du patient et/ou de son entourage. Il faut permettre au patient d'être entendu, de participer à l'élaboration de son projet de soins individualisé. Le directeur de soins veille ici à favoriser l'adhésion du patient à ses soins : dans le cadre du travail de secteur, les actions d'information et de connaissance mutuelle auprès des partenaires et des « adresseurs potentiels » permettent d'améliorer la prévention des situations de crise. Sont à associer le plus précocement possible, la famille, l'entourage, le réseau, aux projets avec l'accord de la personne soignée. Ce travail permet de diversifier et adapter les modalités de réponse en partant des besoins des patients. C'est dans cette logique que les alternatives à l'hospitalisation doivent être pensées. Nous devons durant le temps de l'hospitalisation mais aussi dans tous les lieux de la PEC, garantir l'intimité et la dignité de la personne hospitalisée : le DS veille à ce que soit défini dans le projet de chaque unité de soins les modalités d'organisation garantissant au mieux le respect de l'intimité et de la dignité du patient, ainsi que les conditions d'accueil des familles, quelles que soient les circonstances. Il contribue, de part sa mission, à la réflexion sur l'aménagement des unités de soins dans le cadre de projets de réhabilitation.

### **3.1.2 Les orientations relatives à l'organisation des soins**

Pour dispenser des soins de qualité, l'équipe soignante s'appuie sur des organisations qui doivent permettre la conception concertée d'un projet de soins individualisé, la mise en œuvre cohérente et continue de ce projet, l'évaluation partagée et les réajustements éventuels. L'obligation de continuité des soins doit se traduire par des organisations et des fonctionnements dont la conception et la mise en œuvre relèvent de la responsabilité du service de soins : « *L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation...* » Art. 1 Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Les outils conçus doivent permettre l'élaboration de la réflexion clinique, la traçabilité des soins effectués, de leurs résultats et de l'évaluation de leurs effets. Ils doivent aussi favoriser la transmission de l'information au sein de l'équipe soignante, la liaison entre les différents partenaires de la prise en charge du patient. Ils sont à la fois une obligation réglementaire et une garantie de sécurité et de qualité des soins.

Le directeur des soins engage les cadres de santé dans l'organisation des soins des unités dont ils sont responsables. Afin de garantir la cohérence institutionnelle des organisations et fonctionnements, une réflexion concertée doit être conduite. Elle passe par une évaluation de l'existant, et sera suivie de réajustements dans l'objectif de mise en commun des expériences, d'enrichissement mutuel et d'amélioration continue de la qualité des pratiques. Cette approche doit trouver sa place dans les contrats de pôles qui sont une déclinaison du projet d'établissement.

Le directeur des soins devra aider les cadres à coordonner les activités de soins et à se positionner comme garants de la mise en œuvre et de l'évaluation du projet de soin individualisé du patient.

### **3.2 Les orientations relatives aux professionnels composant le service de soins dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation.**

En élargissant le service de soins à l'ensemble des professionnels paramédicaux, et en créant la fonction de coordonnateur des soins, le décret du 19/04/02 met l'accent sur l'obligation de cohérence et de coordination indispensable à la qualité de nos prestations de soins.

#### **3.2.1 Un service de soins à adapter pour les malades chroniques**

C'est un ensemble de professionnels qui contribuent à la prise en charge du patient en intra comme en extra hospitalier. Il faut à la fois qu'ils précisent ce qui les identifie mais aussi ce qui les distingue afin de valoriser les complémentarités de compétences.

Ce sont ces objectifs qui ont guidé le travail pour la rédaction de ce chapitre : à la fois prioriser des axes communs à tous et répondant à des préoccupations ou des problématiques partagées, mais aussi travailler à la précision des compétences de chacun et à la formalisation des modalités de liaison.

Il s'agit ici de définir et formaliser les compétences des différents professionnels relevant du service de soins afin de mieux valoriser les complémentarités dans le champ des soins de réadaptation, de l'aide à la réinsertion, de la réhabilitation. On peut par exemple promouvoir les compétences, et les modalités d'intervention dans la prise en charge du patient, des diététiciennes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des kinésithérapeutes. Cette association mobilise l'ensemble des professionnels

paramédicaux à la réflexion et à la recherche en soins sur des thématiques communes à tous : les droits du patient, la qualité et la sécurité des soins, les règles professionnelles et l'éthique, l'organisation des soins dans le champ des soins de réadaptation et de l'aide à la réinsertion, les coordinations et coopérations à envisager. Il est par ailleurs nécessaire de prendre en compte et améliorer l'impact des organisations sur le travail des soignants et sur les prestations de soins. Le sens des actions de soins est ainsi systématiquement travaillé en équipe pluriprofessionnelle. Il faut favoriser la création d'outils d'évaluation tels que ceux déjà travaillé dans certains CHS<sup>25</sup>. Ces outils permettent de mieux définir les besoins des patients et de mobiliser les professionnels sur des missions spécifiques, en les mobilisant sur leur champ de compétence. La validation de ces outils en CME et en CSIRMT permet de développer la culture institutionnelle de ces approches thérapeutiques.

### **3.2.2 Actions de formations à conduire en amont du développement des alternatives à l'hospitalisation.**

D'autre part, le recrutement, la fidélisation et la formation sont des enjeux majeurs, favorisant la lutte contre la iatrogénie en lien avec les hospitalisations au long cours, l'hospitalo-centrisme et l'aide à la réinsertion. Le cadre de santé veille à l'engagement du professionnel dans les projets de soins individuels et collectifs, nécessaire pour soutenir le travail du groupe. La sensibilisation et la formation des cadres de santé au recueil, au suivi d'activité et de production de soins permettent de maintenir une dynamique d'actions permettant de donner du sens au travail des soignants. Par ailleurs il est nécessaire de développer les outils d'aide méthodologique et favoriser le partage d'expérience entre cadres de santé. Cette démarche permet de sortir des cloisonnements induits par le fonctionnement des secteurs.

La psychiatrie, dans la formation initiale en soins infirmiers, depuis le diplôme de 1992 a perdu sa spécificité, ses repères, son adaptabilité à l'évolution des pratiques. En même temps cette formation a créé un gain en enrichissement mutuel, mobilité et ouverture. Toutefois, force est de constater la restriction des contenus proposés aux étudiants et la perte d'un intérêt lié notamment à des médiatisations qui font peur.

Les représentations sociales de la maladie mentale peuvent aussi être sources d'exclusion chez les professionnels.<sup>26</sup>

Il est nécessaire de faciliter la venue des étudiants de première année dans les services de psychiatrie. L'intérêt est de pouvoir conduire rapidement les réflexions autour du

---

<sup>25</sup> Cf. grille d'évaluation du CHS de PAU.

<sup>26</sup> Les étudiants mais aussi les professionnels médico soignants utilisent eux-mêmes ces expressions : le fou, le malade mental, le dépressif souvent comme injures

passage de la psychiatrie à la santé mentale. A condition toutefois de clarifier un certain nombre de points :

- Entre souffrance psychique et problème psychiatrique
- Entre demande d'aide et demande de soins
- Dans le niveau le plus adapté de réponse à apporter aux besoins de soins
- Entre PEC médicale et médico sociale

Les questions pédagogiques se posent sur la question de la prise en charge et des activités en terme méthodologique (au niveau notamment de l'utilisation des diagnostics infirmiers adaptés). Le nouveau référentiel de formation, des compétences et des unités d'enseignement, va entraîner un changement profond qu'il va s'agir d'accompagner de manière efficace.

Accompagner une personne dans la réalisation des soins quotidiens ; évaluer une situation clinique ; concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ; dans le cadre du processus psychopathologique<sup>27</sup>. Les stages en psychiatrie et santé mentale auront des objectifs de formation et de professionnalisation, d'intégration des connaissances, d'acquisition de nouvelles connaissances, de développement et de validation des dix compétences identifiées. Le directeur des soins, responsable de l'encadrement des étudiants en stage, garant de la charte de l'encadrement devra mobiliser les soignants dans la formation, comme dans le tutorat et la consolidation des savoirs qui restent des modalités à soutenir. Les cadres supérieurs et les cadres de santé, la CSIRMT, pourront contribuer à une réflexion partagée en lien avec les IFSI.

S'il est nécessaire de renforcer la formation en psychopathologie, il est aussi utile de positionner le soin dans un processus long qui ne remet pas en question la capacité des malades à s'inscrire dans une vie citoyenne, à distance d'un CHS, à condition de lui faire mieux connaître sa maladie et son traitement. Le travail avec les associations d'usagers (FNAPSY, UNAFAM) et avec le soutien de l'INPES est à définir dans le cadre de la définition d'un projet institutionnel qui pourrait s'inscrire dans un groupe de travail régional. Un COPIL associant professionnels et usagers sous l'égide de la DRASS est peut être à envisager pour en garantir une forme de neutralité.

### **3.3 Orientations relatives à l'adaptation des projets de soins en faveur des personnes ayant un parcours institutionnel long**

« Le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et

---

<sup>27</sup> cf. unités d'enseignements du nouveau programme (UE 1.1.S1, 2.6.S2 et S5) Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au DE en soins infirmiers

médico-techniques, ainsi qu'un projet social. » Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

### **3.3.1 Un projet de prise en charge qui inclut les alternatives à l'hospitalisation**

Ce chapitre est consacré à la contribution des professionnels paramédicaux à la mise en œuvre des orientations du projet relatif à la lutte contre la chronicité et au développement des alternatives à l'hospitalisation.

Il est donc nécessaire que le directeur des soins favorise à travers les réflexions institutionnelles, les liens avec des opérateurs externes dans le travail d'aide à la réinsertion. La promotion des partenariats se définit en plusieurs étapes :

- être attentif à la maturité des équipes dans la possibilité de porter des projets orientés vers l'extérieur,
- s'assurer que les projets exposés soient conformes aux recommandations de bonnes pratiques, s'inscrivent dans les orientations institutionnelles et sont inscrites dans le contrat de pôle,
- faire connaître ces projets à l'équipe de direction, aux instances, aux tutelles,
- envisager des partenariats en lien avec le médecin responsable de pôle et le cadre supérieur de santé,
- lorsque le partenaire est identifié, travailler avec lui à définir au mieux les mécanismes de coordination et les complémentarités nécessaires à la conduite du projet et au suivi des personnes inscrites dans le dispositif. Ce travail est à réaliser avec les responsables des pôles impliqués.
- par la suite communiquer régulièrement sur l'avancée des travaux, en valorisant l'élaboration psychique développée par les équipes et en rappelant les missions de l'hôpital et des autres partenaires. La participation à des congrès peut être une manière de mobiliser les acteurs dans cette démarche, par le travail de formalisation à mettre en œuvre.
- proposer l'écriture d'une convention de partenariat ou de toute autre forme de coopération réglementaire et en assurer le suivi grâce à l'écriture d'indicateurs de suivi : quantitatifs et qualitatifs.

Un partenariat ne se décrète pas. Il se construit petit à petit et nécessite donc une bonne ouverture d'esprit mais aussi une capacité à convaincre tant en interne qu'en externe. Les soignants en psychiatrie doivent être régulièrement sensibilisés sur ce sujet.

### **3.3.2 Sortir des dogmes et aller vers une harmonisation des pratiques**

La mise en place d'un dispositif de soins de réadaptation doit être accompagnée d'organisations et d'outils de travail adaptés, d'actions de formation et de développement de compétences ciblées. Il s'agit de sensibiliser l'ensemble des professionnels paramédicaux de l'établissement au repérage des phénomènes de chronicisation inhérents

à certaines pathologies et/ou aux phénomènes institutionnels, aux risques de perte d'autonomie produits par le système de soins, à la prévention précoce de ces phénomènes, à tout moment de la prise en charge et quel que soit le lieu de soins. Nous serons ainsi à même de pouvoir développer les alternatives à l'hébergement, à l'accompagnement dans la vie quotidienne, aux soins...au sein de réseaux formalisés (comme le réseau ville-hôpital), permettant de positionner le soignant comme l'un des partenaires contribuant à la réinsertion et/ou à la réhabilitation. Nous devons aussi concevoir un projet de médiations thérapeutiques valorisant les compétences professionnelles existantes et/ou proposant le développement de compétences nouvelles. Ce projet devra intégrer les objectifs thérapeutiques nécessaires à toutes les étapes de la prise en charge du patient, et répondra aux besoins des différentes unités de soins, par une mutualisation des moyens et des compétences. La formalisation d'un projet de soins de réadaptation s'avère donc indispensable pour dépasser les clivages pouvant être induits par des réflexions sectorisées. Il définira dans ses principes de fonctionnement les articulations et les liaisons nécessaires avec les partenaires internes et externes de l'établissement. Il précisera la contribution de chacun, dans le cadre de ses missions et compétences, à la réinsertion et/ou réhabilitation psychosociale du patient, les exigences de formation aux techniques de soins de réadaptation, thérapies cognitives, comportementales...pour les soignants impliqués dans le projet.

De part son positionnement, le directeur des soins doit veiller à ce que des outils d'évaluation pertinent soient conçus et utilisés (échelles de dépendance, d'autonomie...) et que les résultats des actions menées soient suivis.

Nous devons également envisager des organisations de soins et d'accompagnement de la personne soignée s'appuyant sur des conceptions et techniques valorisant le potentiel d'autonomie et de compétences de la personne, des modalités d'accompagnement de l'équipe soignante telles que des réunions régulières d'analyse des pratiques, d'expression et d'élaboration autour des phénomènes transférentiels et contre transférentiels et des actions de prévention de la dépendance institutionnelle.

Le développement d'outils d'évaluation, permet de définir les besoins de structures d'hébergement de manière adaptée en fonction des niveaux de handicap<sup>28</sup>. Cette approche favorise les échanges avec les tutelles et les opérateurs pour la construction de dispositifs adéquats en crédibilisant le travail des professionnels hospitaliers.

La création de Résidence accueil ou maison relais, telles que prévues dans le Plan Santé Mentale est à soutenir. En effet, elles correspondent de par leur configuration à ce qui peut être attendu par des personnes qui ont besoin d'être soutenues dans leur vie quotidienne. Les modalités d'intervention des équipes mobiles de psychiatrie sont finalement proches de

ce qui est attendu du travail en HAD. Une définition précise des missions des soignants et des personnels de ces résidences est à réaliser avec les professionnels eux-mêmes.

### **3.4 Après l'hôpital, organiser un suivi adapté**

La réflexion sur le suivi à adapter doit faire l'objet d'une concertation avec les soignants, les associations de patients et l'ensemble des acteurs du champ social et médico-social concernés.

#### **3.4.1 Les coopérations...**

La coopération concrète d'acteurs majeurs, dans le champ sanitaire, dans le champ médico-social, est un signe fort d'une coopération appelée de ses vœux par l'État, les régions et les départements. Ces coopérations doivent être suivies. Les responsables et les professionnels doivent régulièrement se rencontrer. Les réunions sont à organiser à tour de rôle afin de maintenir une égalité dans les positions. Les bilans annuels des dispositifs mis en œuvre sont à prévoir dans les conventions et doivent être l'occasion de réunir les acteurs institutionnels, les élus, les financeurs.

Le rapport Milon suggère en outre de développer des cabinets d'infirmiers de secteur psychiatrique. « La mise en place de cabinets libéraux d'infirmiers psychiatriques ayant également suivi une formation générale s'avère particulièrement intéressante du fait de la qualité de l'accompagnement qu'ils peuvent proposer aux malades et à leurs familles ». Les coopérations peuvent ainsi permettre de répondre temporairement à la mise en place des délégations de tâches. Dans cette perspective, le directeur des soins pourra imaginer de nouvelles relations entre infirmiers libéraux et infirmiers des CMP. En définissant notamment ce qui est du rôle des soignants des CMP, des équipes mobiles et des infirmiers libéraux. Au travers des coopérations entre professionnels de santé, il devrait être possible de passer d'une offre de soins morcelée à une offre de soins coordonnée.

Les coopérations sont aussi à développer avec les établissements sociaux ou médico-sociaux. L'article D. 344-5-14. du décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie<sup>29</sup>, stipule que « lorsque la taille de l'établissement ou du service ou le nombre de personnes accompagnées ne permettent pas la constitution totale de l'équipe pluridisciplinaire, l'établissement ou le service peut : «passer des conventions avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux ; Etre membre d'un groupement de coopération sanitaire visé à l'article L. 6133-1

---

<sup>28</sup> Cf. matrice définie par deux CHS rencontrés.

<sup>29</sup> Les dispositions de la présente section sont applicables aux maisons d'accueil spécialisées, aux foyers d'accueil médicalisé et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

du code de la santé publique ou membre d'un des groupements visés à l'article L. 312-7». C'est l'intérêt des usagers et des professionnels des différents secteurs qui place les CHS dans une responsabilité forte vis-à-vis de ces partenaires. Dans ce cadre, des réflexions régionales sous l'égide des ARS seraient intéressantes à développer. Elles permettraient de développer des modalités d'actions concertées, facilement repérables et permettant l'émergence d'un référentiel facilitant les évaluation de pratiques professionnelles.

### **3.4.2 ... un enjeu pour le directeur des soins**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) inscrit la mise en place de coopérations entre professionnels de santé. Le directeur des soins sera amené à développer et soutenir des relations suivies avec les responsables des structures d'hébergement ou d'accompagnement. Elles pourront être l'occasion, pour les médecins psychiatres et les soignants, de s'engager dans des protocoles innovants permettant notamment la délégation de tâches et une répartition de rôles plus efficaces entre médecins et les infirmiers. Le directeur des soins a donc, ici aussi, la possibilité de développer une réflexion sur les partenariats au sein de la CSIRMT et dans le cadre de la sous commission qualité de la CME. De ce point de vue, il semble intéressant pour le directeur de soins, d'animer le travail des cadres supérieurs de santé dans cette logique et de mobiliser la CSIRMT sur des travaux de recherche interdisciplinaire, en lien avec les partenaires des champs social et médico-social. Pour permettre de soutenir les actions de soins auprès des personnes trouvant des solutions dans des structures d'hébergement adaptées en fonction de leur niveau de handicap, la création d'équipes mobiles « réhabilitation » peut être utiles. Elles apportent aide et soutien auprès des patients, des aidants, des familles. Par ailleurs, la création de place de SAMSAH, est elle aussi pertinente dans ce cadre. L'hôpital peut dans ce cas participer au développement de cette activité en apportant son soutien dans le cadre de partenariats à développer avec les CMP et les équipes mobiles. L'expertise des professionnels permet d'étayer le travail de cette équipe médico-sociale contribuant par exemple à la formation des intervenants à la clinique psychiatrique, à la psychopathologie. L'objectif est de maintenir la personne à son domicile avec le moins de souffrance possible. Les professionnels portent une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique et veillent au maintien du lien avec la famille ou les proches.

Les besoins d'aide, de soutien ou de soins justifiant un accompagnement médico-social soutenu, doivent pouvoir être évalués par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Toutefois il reste à développer des

---

mentionnés au 7° de l'article L. 312-1, lorsqu'ils accueillent ou accompagnent des personnes handicapées adultes mentionnées à l'article L. 344-1-1

outils d'évaluation en interne permettant de travailler en lien avec la MDPH. Ces outils créés par les équipes spécialisées permettent en amont de l'étude de la demande par l'équipe technique de la MDPH de clarifier les besoins en terme d'accompagnement adapté. Les objectifs de coopérations visent à favoriser, quelle que soit la restriction de l'autonomie, la relation aux autres, l'autonomie par des actions socio-éducatives adaptées dans l'accomplissement de tous les actes de la vie quotidienne, la participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées.

### **3.5 Mesurer la qualité du service rendu**

Il existe quelques outils d'évaluation. Leur utilisation n'est pas généralisée et parfois même il existe une frilosité à utiliser les réflexions conduites dans d'autres établissements sur le sujet.

#### **3.5.1 Une politique d'évaluation intégrée au projet de soins**

Si la circulaire de la DHOS du 08 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale a retenu des indicateurs d'évaluation, d'autres modalités d'évaluation sont encore à développer. L'efficacité des dispositifs mis en oeuvre<sup>30</sup> est ainsi à mesurer avant d'en envisager la transposabilité. S'il existe des indicateurs quantitatifs<sup>31</sup> utilisés en appui de la justification de financement ou auprès des tutelles (nombre d'entrées ou de sorties du dispositif, nombre d'orientations, etc.), il manque encore des indicateurs qualitatifs de suivi, permettant la mesure de l'amélioration de la qualité de vie des personnes (maintien dans l'emploi, observance des traitements, qualité de l'hébergement, etc.).

La place du directeur des soins peut s'affirmer dans la recherche de mécanismes de coordination adaptés, favorisant le travail sur le secteur et qui intègre les associations d'usagers et les partenaires externes. Ce rôle est d'autant plus important si le CHS dispose de structures médico sociales. Dans ce cas il devra prendre en compte le décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie<sup>32</sup>. Ces troubles nécessitent des besoins de soins de santé réguliers, des aides et des accompagnements psychologiques. Ces besoins sont évalués par l'équipe

---

<sup>30</sup> Tels que nous les avons évoqués dans le chapitre 2

<sup>31</sup> A titre d'exemple : Point d'étape semestriel de l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés, actualisation des données 2007 et premières tendances 2008

<sup>32</sup> Les dispositions de la présente section sont applicables aux maisons d'accueil spécialisées, aux foyers d'accueil médicalisé et aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés mentionnés au 7° de l'article L. 312-1, lorsqu'ils accueillent ou accompagnent des personnes handicapées adultes mentionnées à l'article L. 344-1-1

pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées, dans les conditions fixées à l'article R. 146-28.

### **3.5.2 Les orientations relatives à la qualité et à la sécurité des soins**

« Le directeur des soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité. » Art. 4 Décret du 19/04/02 portant statut du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

Le directeur des soins veille à offrir à la personne soignée des prestations de soins de qualité et s'assure de sa sécurité. Cette préoccupation de qualité et de sécurité des soins est présente de longue date dans les pratiques des professionnels relevant du service de soins. Toutefois, il nous faut aujourd'hui pouvoir en rendre compte, et démontrer la pérennité et la continuité de nos actions dans ce domaine. Pour rendre compte aux usagers, à leur entourage, à nos partenaires, nous devons définir des objectifs qualité dans notre domaine de compétences (en cohérence avec la politique qualité de l'Etablissement), les mettre en œuvre, suivre leur réalisation, les évaluer et les réajuster si nécessaire. L'ensemble de ces étapes doit être formalisé et communiqué. A titre d'exemple pour évaluer la bientraitance, nous devons veiller à intégrer des critères d'évaluation de la bientraitance dans le questionnaire de satisfaction, dans les thèmes des réunions soignants – soignés et dans les rencontres avec les associations d'usagers. Pour assurer la continuité de nos actions, il nous faut définir une politique, une stratégie et des modalités opérationnelles de mise en œuvre. Certains préalables indispensables à l'intégration dans nos pratiques quotidiennes de la démarche qualité restent à améliorer<sup>33</sup> : communiquer, informer, former aux démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et aux outils de suivi. Il nous faudra préciser les responsabilités dans le domaine du management en s'appuyant sur les fonctions prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer, principes d'un management qualité que nous souhaitons développer au CHS. La formation des professionnels aux méthodologies d'évaluation et à l'utilisation des outils qualité sera conduite afin de développer les évaluations de pratiques professionnelles et la mesure de la satisfaction des usagers et des partenaires à travers des enquêtes adéquates.

---

<sup>33</sup> Suite à nos différentes rencontres.

## Conclusion

Ce travail ne se veut être qu'une étape, une transition utile dans la réflexion sur la place du directeur des soins dans les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie.

En positionnant l'utilisateur comme un acteur indispensable à la définition de toute réflexion sur le projet de soins le concernant, en ayant une démarche de soins adaptée aux enjeux du traitement, en renforçant les coopérations entre professionnels des différents champs (sanitaire, social et médico-social), l'hôpital se recentre sur sa mission. Le directeur des soins apparaît comme un interlocuteur majeur dans cette réflexion sur des nouvelles organisations à construire. Il est, dans cet espace, un promoteur impliqué sur cette question. Comme coordonnateur de la mise en œuvre du projet de prise en charge, référent des partenariats à développer et avec la commission de soins, de rééducation et médico-technique, il dispose des outils mobilisables sur ce sujet.

Le directeur des soins devra pour ce faire, engager une réflexion avec la DRH sur la GPMC afin d'adapter au mieux les métiers aux enjeux actuels de la psychiatrie de secteur et des spécificités intersectorielles à développer. Développer la compétence des soignants, passera par leur faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations. Ces réflexions sur les pratiques, en partenariat, trouveront sans doute un écho nouveau avec la mise en place des ARS. Clarifier les missions des soignants de la psychiatrie et celles des professionnels des établissements sociaux ou médico-sociaux, est aujourd'hui une nécessité repérée par les professionnels. Car la personne doit retrouver toute sa place dans la société, mais dans de bonnes conditions et avec le moins de souffrance possible. Ce travail doit par ailleurs gagner en efficience, car il nous faut intégrer la maîtrise des dépenses de santé.

Et puis, l'hôpital psychiatrique vit des restructurations essentielles notamment par l'augmentation du nombre de places dans le social ou le médico-social. Et si la tentation est grande de transformer des lits, est-ce l'attendu de l'hôpital psychiatrique ? Il est toutefois utile de poursuivre la création de structures d'hébergements adaptés car, pour les personnes ayant un handicap psychique, c'est une opportunité de sortir des murs de l'hôpital en ayant une prise en charge adaptée.

---

# Bibliographie

---

## 1. Textes juridiques :

### a. Normes internationales

Commission Européenne, Livre Vert « improving the mental health of the population – towards a strategy on mental health for the European Union », COM (2005) 0484

Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, adopté à l'issue de la Conférence de Bruxelles, 12 et 13 juin 2008 (OMS Europe)

Parlement Européen, Résolution sur la santé mentale, 19 février 2009, 2008/2209 (INI)

### b. Lois

République française, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

République française, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

République française, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

### c. Décrets, Arrêtés :

Ministère de la santé et des sports, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Ministère de la santé et des sports, Décret du 20 mars 2009 relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie

Ministère de la santé et des solidarités, Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale mentionnées au II de l'article L.6144-1 du CSP et modifiant le même code (dispositions réglementaires)

Ministère de la santé et des solidarités, Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôle d'activité et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Ministère de la santé et des sports, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat en soins infirmiers

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

### d. Règlements :

Plan psychiatrie et santé mentale présenté en conseil des ministres le 20 avril 2005.

#### **e. Circulaires:**

Instruction DGAS / DGUHC du 4 mai 2007 relative à la validation des projets de résidence accueil par le groupe de travail national interministériel.

Circulaire DHOS n° 2004-14 du 4 février 2004 relative au cahier des charges propre à la prise en charge de l'HAD en psychiatrie.

Circulaire DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS//MC4/CNSA/2009/97 du 08 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

#### **2. Ouvrages:**

BAPTISTE R. ; *Reconnaître le handicap psychique, Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*, Editions Chronique Sociale, Lyon, mai 2005, 165 pages

JAEGER M. ; *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*, 2e édition, Paris, Dunod. 2006, 166 pages

#### **3. Revues, articles:**

BARREYRE J.Y., Recherche Documentaire : « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations » Délégation ANCREAI Ile-de-France – CEDIAS - Décembre 2007 page 36

BARRES M., « De l'identité au partenariat : que signifie travailler ensemble dans la différence ? Santé mentale et action sociale : les conditions actuelles de la rencontre », in *Pratiques en santé mentale*, volume 53, n°1. (2007),

CANNEVA J., « Dans le partenariat qui s'instaure autour du handicap psychique, quelle est la place des professionnels de la santé mentale et au nom de quelles valeurs agiront-ils ? », in *Pratiques en santé mentale* volume 52, n°3. (2006),

CHAPIREAU F., « Handicap psychique, sortir de la confusion », in *Santé mentale* n° 106 (2006).

ESCAIG B., « Par-delà la maladie, le handicap psychique : de nouveaux enjeux pour la psychiatrie », in *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* n° 100 (2006).

KERVASDOUE Jean (de) : territoire et santé mentale : du décroisement au partenariat in *Pratiques en santé Mentale* (2007)

#### **4. Rapports, Contributions, communications:**

CHARZAT Michel, mars 2002 ; Rapport « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches »

CLERY MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.C. (2003), Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, DGAS.

Commission chargée de la réflexion sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale, (Commission COUTY), Audition du Docteur Bernard

DURAND, Président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine, le 16 septembre 2008.

Conférence de l'Union Européenne à Bruxelles, 12 et 13 juin 2008 « Together for mental health and wellbeing » Reference: SPEECH/08/332 Date: 13/06/2008

CREAI Rhône Alpes, juin 2007 ; « Handicap psychique, de la reconnaissance aux réponses de terrain »

Groupe n°14 du module interprofessionnel de santé publique en 2007 sous la direction de serge Kannas. Site Internet de l'EHESP. <http://www.ehesp.fr/>  
Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité, 12 février 2009 ; « Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap »

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 par Monsieur Edouard Couty, Conseiller Maître à la Cour des Comptes.

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, par M. Alain MILON, avril et mai 2009.

PIEL E. et ROELANDT J.L., (2001), De la psychiatrie vers la santé mentale, Rapport de mission.

UNAFAM. COLLECTIF (2001), Le livre blanc des partenaires de la santé mentale,

UNAFAM, CNSA ; « L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique »

UNAFAM, 19 mai 2003; « Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité »

UNAFAM, 16 février 2005 ; « Résumé de la note originale d'observations et de propositions de la FNAP-PSY, de l'UNAFAM, de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de la Conférence des Présidents des CME de CHS, concernant le projet de plan Psychiatrie et santé mentale »

## 5. Sites Internet (consultés régulièrement)

Groupement de coopération médico-sociale FIL ROUGE 35

<http://www.filrouge.info/>

CNSA, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

UNAFAM, Union nationale des familles et amis de malades psychiques :

<http://www.unafam.org/>

FNAPSY, Fédération nationale d'associations d'usagers en psychiatrie :

<http://www.fnapsy.org/>

Fédération d'aide à la santé mentale Croix marine :

<http://www.croixmarine.com/>

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

<http://www.mnasm.com/> Directeur de la publication : G.Massé -.N° 15, 19, 74, 75

CFRP Comité français pour la réhabilitation psychosociale :

<http://www.rehabilite.fr/index.php?mode=lale>

Colloque CNSA « handicap d'origine psychique », 23 mars 2009, Palais des congrès Versailles : Les Centres Ressources pour le Handicap Psychique : un nouveau modèle de travail ? Denis LEGUAY

<http://www.handpsy-cnsa.fr/>

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

<http://www.ehesp.fr/>

*Soins études et recherche en psychiatrie*

[http://www.serpsy.org/sante\\_mentale/cadres\\_SM.html](http://www.serpsy.org/sante_mentale/cadres_SM.html)

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1 Guide d'entretien .....	II
ANNEXE 2 Grille d'évaluation des besoins d'un CHS.....	IV

NB :

- *Se donner des priorités en fonction des interlocuteurs*

- o **Présentation**

- . Démarche mémoire professionnel

- . Attentes vis-à-vis de cet entretien : *bien préciser nos attentes (objectifs précis dans un temps limité). Cela leur facilite la tâche et cadre l'entretien*

- o **Présentation de la structure/l'établissement**

*Connaître leur structure et leur production (bien regarder leur site internet et les doc accessibles en ligne)*

- o **Existe-t-il un projet de soins identifié pour les personnes hospitalisées au long cours ?** (Demander à le voir)

*Permet-il de donner du sens au travail des professionnels ? Quel est le lien avec le corps médical dans sa réalisation s'il existe ?*

*Existe-t-il des démarches spécifiques dans l'établissement à partir de l'engagement des professionnels ?*

- o **Bilan lois 2004, 2005 et PSM**

- Droit des usagers**

Comment sont travaillés les droits des patients dans l'établissement : évoquer les compte rendus des rapports HAS concernant le respect de la dignité, de l'intimité, de la liberté d'aller et venir.

Existe-t-il des actions de formations sur le thème ?

Comment les cadres de santé sont mobilisés sur le sujet ?

Existe-t-il des supports d'informations sur la maladie, le traitement ?

Comment les infos sont données aux stagiaires ?

- Question sur les représentations des capacités des malades**

- Outils et évaluation**

Outils (résidence accueil, GEM, GCSMS, échelle d'évaluation, GEVA,...) sont-ils développés ?

Plus précisément, dans votre activité, quels outils vous semblent pertinents ? Lesquels souhaiteriez-vous utiliser sans le pouvoir ?

Quelle place à l'usager dans son évaluation ? / Quelle participation à la construction du projet de vie le concernant ?

Question relative au partage de l'information? Point important à travailler dans les conventions ; la confiance entre les professionnels est-elle appréhendée ?

- **Réalisations de l'interlocuteur (retour d'expérience)**

Quelles sont vos réalisations ?

Quelles préoccupations ont présidé à vos choix d'action dans ce secteur (pourquoi cette action et pas une autre) ?

Avez-vous développé des partenariats ? Quelle forme juridique ? Quels financements ? Depuis quand (pérennité) ?

Quels freins rencontrez-vous ou avez-vous rencontré dans la mise en œuvre de ces partenariats ? (Financier, charge de travail)

*Frilosité : responsabilité des médecins dans le choix de laisser sortir un patient.*

*=> Certains acteurs sont plus timide dans la mise en œuvre de ces actions et peuvent préférer de rester dans une prise en charge plus classique*

Constatez-vous des difficultés particulières en termes d'inclusion/ d'accompagnement en fonction des pathologies à l'origine du handicap ?

Inclusion/Insertion : avez-vous un taux de réussite /échec différent selon la typologie des pathologies à l'origine du handicap ? Pour quelles raisons ? Y a-t-il des difficultés particulières selon le genre ? L'origine socio culturelle ? Ethnique ? Âge ?

Question de l'évaluation de ces taux d'échec ou de réussite

Lien avec l'entreprise : fluidité du parcours vers l'emploi, l'hébergement, les loisirs.

Observez-vous une amélioration de la fluidité des parcours (parcours en dents de scie entre les secteurs sanitaires, social, Médico Social) ?

Qu'est-ce qui, selon, vous, pourrait améliorer cette situation ?

- **Vos propositions pour améliorer la prise en charge, l'accompagnement des usagers**

Vous avez pointé des freins à l'action (...), qu'est-ce qui, selon-vous, permettrait de les lever ?

Remerciements

+ demander des documents utiles

## ANNEXE 2

# Handicap psychique – Hospitalisation psychiatrique

Aide à l'évaluation du projet individuel des patients

Nom : Prénom :

N° d'identification :

Commune : Code postal :

Secteur géographique :

Age : ans Sexe :  homme  femme

UF n° : ..... UF :  d'admission  ne recevant pas d'admission

Hospitalisation

Nombre d'années d'hospitalisation : x années

Ancienneté de séjour : x années

Nombre de jours d'hospitalisation en 2005 : x jours  
psychiatrie :

Année de 1<sup>er</sup> contact avec la

Diagnostics

Diagnostic longitudinal (Cim 10) :

Diagnostic longitudinal associé (Cim 10) :

Pathologie somatique (Cim 10) :

Retard mental :  oui  non

Sans évolution clinique notable depuis au moins deux ans :  oui  non

Environnement favorable :  oui  non

Accès au langage verbal :  oui  non

Niveau de dépendance (ADL)	1	2	3	4
toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habillement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mobilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
continence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles du comportement :  oui  non

*Si oui, précisez (fréquence, intensité...)*

	OUI	NON
hétéro agressivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
automutilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
crise d'agitation clastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

comportement sexuel pervers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fugues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
consommation de toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Capacité à réaliser des activités :**  oui  non,  
*si oui, seul*  *avec stimulation*  *avec aide*

**Existence d'un contrat de soins, ou d'un planning d'activités, formalisés**  oui  non

**Traitement psychotrope\*** :  oui  non      nb de prises/jour :      capacité à le prendre seul :  
 oui  non

**Traitement médical autre\*** :  oui  non      nb de prises/jour :      capacité à le prendre seul :  
 oui  non

**Soutien et/ou psychothérapie :**  oui  non  
*si oui, plus d'une fois /semaine*  *une fois/semaine*  *une fois/mois ou moins*

**Orientation idéale du patient :**

Maintien en hospitalisation psychiatrique <input type="checkbox"/>	Centre d'aide par le travail <input type="checkbox"/>
Placement familial thérapeutique <input type="checkbox"/>	EHPAD <input type="checkbox"/>
Appartement thérapeutique <input type="checkbox"/>	Placement familial social <input type="checkbox"/>
Maison d'accueil spécialisé <input type="checkbox"/>	Résidence et/ou appartement alternatif <input type="checkbox"/>
Foyer d'accueil médicalisé <input type="checkbox"/>	Retour à domicile <input type="checkbox"/>
foyer occupationnel <input type="checkbox"/>	Autre ( <i>précisez</i> ) ..... <input type="checkbox"/>

**Orientation MDPH en cours :**  oui  non      *Si oui, laquelle ..... date .....*

## Axe Autonomie psychique :

**A** Instaure des **relations** et participe à des **activités de loisirs**, utilise les ressources en cas de besoin et **sait protéger** son cadre de vie

**B** Instaure des **relations**, participe à des **activités de loisirs**, utilise les ressources en cas de besoin et **protège son cadre de vie** avec une **aide ponctuelle** (VAD infirmier, service d'accompagnement, structure d'aide par le sport et les loisirs, UDAF...)

**C** Instaure des relations et participe à des activités de loisirs, utilise les ressources en cas de besoin avec une aide régulière ( **hôpital de jour, loisirs organisés pour la personne...**), a des **difficultés à protéger son cadre de vie**.

**D** **Ne sais pas instaurer des relations et utiliser les ressources en cas de besoin** et participe à des activités de loisirs avec une aide permanente. Ne sais pas protéger son cadre de vie ou est dépendant la nuit ( hôpital, foyer...)

## Axe habiletés sociales :

**1** Effectue seul tous les gestes du quotidien ( courses, cuisine, entretien de son vestiaire, de son espace personnel, papiers administratifs, gestion de son argent )

**2** Effectue certains gestes du quotidien avec une aide ponctuelle - **au plus 2 de ces différentes aides (courses avec une aide ménagère ou technicienne de l'insertion ou infirmiers; repas portés à domicile de façon ponctuelle ou régulière; bons d'argent ou retrait à la banque hebdomadaire ou mensuel; doit être aidé pour la lessive)**

**3** Effectue la plupart des gestes du quotidien avec une aide ponctuelle (**courses avec une aide ménagère ou technicienne de l'insertion ou infirmiers; repas portés à domicile de façon ponctuelle ou régulière; bons d'argent ou retrait à la banque hebdomadaire ou mensuel; doit être aidé pour la lessive)**

**4** Effectue les gestes du quotidien avec une aide permanente (**liste ci-dessus plus supervision des soins d'hygiène**)

En fonction des niveaux atteints, les solutions en termes d'hébergement sont envisagées :

## Présentation de la matrice

L'ensemble des résultats doit être projeté sur une matrice théorique qui correspond aux différentes réponses (cf. ci-dessus) envisagées en fonction du niveau de dépendance.

## Grille d'analyse

Plus d'habiletés sociales

Appartement collectif géré par une association	Appartement collectif géré par une association	Appartement seul Avec Prise en charge dans la journée en hôpital de jour	Appartement seul
Villa Phoebus	Villa Phoebus Famille gouvernante	Appartement collectif Avec Prise en charge dans la journée en hôpital	Appartement seul avec un peu de temps d'aide ménagère
Maisons Relais Résidences Accueils	Maisons Relais Résidences Accueils	Maisons Relais Résidences Accueils	Appartement seul avec aide ménagère et portage des repas
Foyer d'accueil médicalisé (FAM) Maison de retraite Famille d'accueil	Maisons Relais Résidences Accueils	Maisons Relais Résidences Accueils	Hôtel et repas au restaurant ou équivalent

Plus d'autonomie psychique

Sur ce tableau, il apparaît que les personnes les plus habiles et les moins dépendantes relèvent bien évidemment d'un appartement individuel (les prestations individuelles à proposer étant à définir), tandis que les personnes les plus dépendantes relèvent bien davantage d'un foyer d'accueil médicalisé, d'une famille d'accueil ou d'une maison de retraite en fonction de critères qui peuvent être l'âge, la proximité d'une structure ou l'opportunité.

Lorsque les personnes handicapées souffrent davantage d'un manque d'autonomie psychique tout en conservant des capacités importantes dans les habiletés sociales (courses, ménages, alimentation etc.), la solution la plus adéquate correspond aux appartements collectifs tels que ceux qui sont gérés par une association d'entraide.

**Projection des résultats quantitatifs sur la matrice (exemple)**

**Grille d'analyse**

Plus d'habiletés sociales ↑

Appartement collectif géré par une association <b>1</b>	Appartement collectif géré par une association <b>8</b>	Appartement seul Avec prise en charge dans la journée en hôpital de jour <b>5</b>	Appartement seul <b>6</b>
Ville de bus <b>4</b>	Ville de bus municipale <b>30</b>	Appartement collectif Avec prise en charge dans la journée en hôpital <b>23</b>	Appartement seul avec aide ménagère <b>0</b>
Maisons Relais Résidences Accueils <b>9</b>	Maisons Relais Résidences Accueils <b>27</b>	Maisons Relais Résidences Accueils <b>6</b>	Appartement seul avec aide ménagère et portage des repas <b>1</b>
Foyer d'accueil médicalisé (FAM) Maison de retraite Famille d'accueil <b>21</b>	Maisons Relais Résidences Accueils <b>12</b>	Maisons Relais Résidences Accueils <b>1</b>	Hôtel et repas au restaurant ou équivalent <b>0</b>

Étude portant sur 154 personnes

Plus d'autonomie psychique →

Il apparaît que sur les 154 personnes incluses dans l'enquête, **55 personnes** relèvent de solutions proposées par les maisons relais ou les résidences d'accueil.