



**CREER UN POLE MEDICO-SOCIAL DANS UN HOPITAL
SPECIALISE EN SANTE MENTALE**

**PERMETTRE UN CONTINUUM D'ACCOMPAGNEMENT ENTRE LIEUX DE
SOINS ET LIEUX DE VIE POUR DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP
PSYCHIQUE STABILISE**

Loïc SCORDIA

2023

cafedes

Remerciements

En arrivant au terme de ce mémoire CAFDES, il m'est important de prendre un moment pour exprimer ma profonde gratitude envers les personnes qui ont contribué de manière significative à mon parcours.

Je souhaite adresser mes remerciements les plus chaleureux à mon épouse, Stéphanie, ainsi qu'à mes enfants, Adrien, Solène et Marius. Votre soutien indéfectible et votre compréhension face aux moments délicats et d'absence, m'ont donné la force nécessaire pour poursuivre ce temps d'études exigeant.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers ma guidante de mémoire, Mme Bellivier. Votre expertise, vos précieux conseils et votre encouragement constant ont été essentiels à l'élaboration de ce mémoire. Votre capacité à m'aider à façonner mes idées et à surmonter les obstacles, a été inestimable.

Un merci spécial à Nathalie, Elodie, Alice et Cindy qui m'ont soutenu tout au long de cette aventure. Votre compréhension face à mes absences, votre soutien moral et votre collaboration ont rendu ce parcours plus supportable. Votre présence a été un pilier dans ma recherche d'équilibre entre travail et études.

Je tiens à remercier Pascale qui au-delà d'être ma directrice fonctionnelle a aussi été ma référente de stage. Elle a su orienter ma réflexion et me soutenir dans la création de ce mémoire.

J'adresse mes remerciements à ma responsable de formation, Mme Bourgeois ainsi qu'à son assistante, Christine. La qualité de votre accueil et de votre accompagnement est une source d'inspiration. À mes collègues de promotion, je souhaite vous exprimer ma gratitude. La solidarité dont le groupe a fait preuve, ainsi que la qualité de nos débats variés, ont enrichi mon expérience de formation.

Enfin, un grand merci à mon établissement, l'EPS Ville-Evrard. J'ai la chance de faire partie d'une institution qui valorise le développement des compétences de son personnel.

Ce mémoire CAFDES a été un voyage exigeant, mais grâce à vous tous, il est devenu une réalité.

Sommaire

Introduction	1
1 L'évolution de la psychiatrie publique française depuis les années 70 : de l'hospitalisation comme norme à l'hospitalisation comme outil possible...et parfois par défaut	5
1.1 Quatre réformes majeures depuis les années 70 pour proposer une offre de soins psychiatriques enrichie, au plus près des bassins de vie des patients et dans un continuum avec le secteur médico-social.....	5
1.1.1 De la psychiatrie vers la santé mentale, du patient vers la personne accompagnée tout au long de son parcours.....	6
1.1.2 Un élargissement du spectre de la santé mentale qui implique une gradation des réponses où l'hospitalisation n'est qu'une réponse parmi d'autres.....	9
1.1.3 A contre-courant du développement des soins ambulatoires, le phénomène des hospitalisations au long cours.....	12
1.2 La psychiatrie publique en Seine Saint Denis : un hôpital, en proie à des tensions capacitaires, qui s'articule difficilement avec le médico-social qui, lui, est sous-doté.....	14
1.2.1 Une offre de soins sur le département articulée autour de L'EPS Ville-Evrard, deuxième acteur national en matière de santé mentale	15
1.2.2 Un hôpital en interdépendance avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du département.....	16
1.2.3 Un département, sous-équipé en établissements sociaux et médico-sociaux, qui œuvre, au travers du projet territorial de santé mentale, à une meilleure articulation entre les acteurs	18
1.3 L'EPS Ville-Evrard, un établissement public de santé mentale polyvalent et diversifié mais confronté à des tensions capacitaires structurelles	21
1.3.1 L'EPS Ville-Evrard, un hôpital au plus près des besoins multiples des patients..	21
1.3.2 Une démarche institutionnelle, appuyée par l'ARS, visant à identifier les besoins des patients en attente de solutions	24
1.3.3 Trois types d'unités d'hospitalisation intéressant mon public	27
1.4 Le public des patients longuement hospitalisés, un phénomène important qui entraîne une perte de chance pour les patients admis et pour ceux qui devraient l'être.....	31

1.4.1	Les conséquences de l'hospitalisation longue : une perte de chance	31
1.4.2	Trois situations emblématiques de la perte de chance	32
1.4.3	Des conséquences en cascade pour les patients aigus et l'équilibre financier de l'hôpital	36
1.5	Une activité médico-sociale à l'EPS Ville-Evrard qui reste insuffisante	39
1.5.1	Des unités de soins qui s'adaptent aux besoins des hospitalisations de longue durée de manière partielle et à un coût élevé	39
1.5.2	Une MAS sur le site de l'EPS sous utilisée, isolée et dont l'agrément n'est pas totalement en adéquation avec le public des PRDI	41
1.5.3	Un service d'Accueil Familial Thérapeutique à redéfinir	42
	Conclusion de la première partie	43
2	Proposer une offre de service adaptée : la création du pôle médico-social au sein de l'hôpital composé de trois établissements et structures	44
2.1	Présentation du pôle	46
2.1.1	Rassembler l'existant et développer les réponses adéquates	47
2.1.2	Les bénéfices pour les patients longuement hospitalisés	50
2.1.3	L'effet de symbiose où le principe d'un nouveau pôle formalisant des liens dont chacun peut tirer avantage	52
2.2	Vision stratégique de la création du pôle médico-social	54
2.2.1	L'ARS et le Conseil Départemental, des acteurs soutenant le projet.....	55
2.2.2	Des chefs de pôles médicaux devant être convaincus	58
2.2.3	Une négociation avec les partenaires sociaux déterminante.....	60
2.3	Le pôle médico-social : un projet ambitieux sur cinq ans	61
2.3.1	Une culture du médico-social à insuffler progressivement aux professionnels	63
2.3.2	Un établissement porteur d'une culture du patient expert qui doit tendre vers une culture de la personne accueillie actrice de son parcours	66
2.3.3	Transformer le projet de soin en projet personnel individualisé	68
2.4	Une déclinaison opérationnelle qui va se décliner en adaptation des compétences, optimisation des dépenses et modernisation du lieu de vie	69
2.4.1	Un calendrier établi sur 5 ans mais dont les deux premières années vont nécessiter une attention particulière	70
2.4.2	Un budget du pôle médico-social qui s'inscrit dans un contexte financier favorable.....	72
2.4.3	Un projet architectural au service du projet de vie et pour une qualité de vie des personnes accueillies.....	74
2.5	Indicateurs d'efficience et perspectives.....	76

Conclusion.....	78
Bibliographie	81
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFT : **A**ccueil **F**amilial **T**hérapeutique

AAH : **A**llocation **A**dulte **H**andicapé

AES : **A**ccompagnant **E**ducatif et **S**ocial

ANAP : **A**gence **N**ationale d'**A**ppui à la **P**erformance

ANESM : **A**gence **N**ationale de l'**E**valuation et de la qualité des établissements et **S**ervices sociaux et **M**édico-sociaux

ARH : **A**gence **R**égionale de l'**H**ospitalisation

ARS : **A**gence **R**égionale de **S**anté

ARS-DD93 : **A**gence **R**égionale de **S**anté-**D**irection **D**épartementale de la Seine-Saint-Denis

CAFDES : **C**ertificat d'**A**ptitude aux **F**onctions de **D**irecteur d'**E**tablishement ou de **S**ervice d'intervention sociale

CATTP : **C**entre d'**A**ctivité **T**hérapeutique à **T**emps **P**artiel

CD : **C**onseil **D**épartemental

CDAPH : **C**ommission des **D**roits et de l'**A**utonomie des **P**ersonnes **H**andicapées

CHI : **C**entre **H**ospitalier **I**ntercommunal

CHT : **C**ommunautés **H**ospitalières de **T**erritoire

CME : **C**ommission **M**édicale d'**E**tablishement

CMP : **C**entre **M**édico-**P**sychologique

CPTS : **C**ommunautés **P**rofessionnelles **T**erritoriales de **S**anté

CRISTALES : **C**oordination pour la **R**echerche et l'**I**nformation, les **S**oins, les **T**hérapeutiques, les **A**nalyses de **L**aboratoire et l'**E**ducation à la **S**anté

CSE : **C**omité **S**ocial d'**E**tablishement

CTS : **C**ontrat **T**erritorial de **S**anté

CTSM : **C**ontrat **T**erritorial de **S**anté **M**entale

CVS : **C**onseil de **V**ie **S**ociale

DAC : **D**ispositifs d'**A**ppui à la **C**oordination

DIH : **D**ispositifs **I**ntégrés **H**andicap

DIM : **D**épartement d'**I**nformation **M**édicale

DMH : **D**urée **M**oyenne d'**H**ospitalisation

DMS : **D**urée **M**oyenne de **S**éjour

DPT : **D**irection du **P**atrimoine et des **T**ravaux

DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques

DRH : **D**irection des **R**essources **H**umaines

EAM : **E**tablishement d'**A**ccueil **M**édicalisé

EHPAD : **E**tablissements d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes

EPS : **E**tablissement **P**ublic de **S**anté

EPSM : **E**tablissement **P**ublic de **S**anté **M**entale

ES : **E**ducateur **S**pécialisé

ESAT : **E**tablissements et **S**ervices d'**A**ccompagnement par le **T**ravail

ESMS : **É**tablissement ou **S**ervice social ou **M**édico-**S**ocial

ETP : **E**quivalent **T**emps **P**lein

FAM : **F**oyer d'**A**ccueil **M**édicalisé

GCS : **G**roupement de **C**oopération **S**anitaire

HLD : **H**ospitalisation de **L**ongue **D**urée

HPST : **H**ôpital **P**atient **S**anté **T**erritoire

IRDES : **I**nstitut de **R**echerche et **D**ocumentation en **E**conomie de la **S**anté

IRP : **I**nstance unique des **R**epésentants du **P**ersonnel

MAS : **M**aison d'**A**ccueil **S**pécialisée

MDPH : **M**aison **D**épartementale des **P**ersonnes **H**andicapées

MNASM : **M**ission **N**ationale d'**A**ppui à la **S**anté **M**entale

OMS : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

PLH : **P**atient **L**onguement **H**ospitalisé

PPI : **P**rojet **P**ersonnel **I**ndividualisé

PRDI : **P**athologies psychiques **R**ésistantes avec **D**épendance **I**nstitutionnelle

PRS : **P**rojet **R**égional de **S**anté

PTSM : **P**rojet **T**erritorial de **S**anté **M**entale

RAPT : **R**éponse **A**ccompagnée **P**our **T**ous

SROS : **S**chéma **R**égional d'**O**rganisation **S**anitaire

UHTP : **U**nité d'**H**ospitalisation **T**emps **P**lein

UMD : **U**nité pour **M**alades **D**ifficiles

Introduction

L'Établissement Public de Santé Ville-Evrard en Seine-Saint-Denis, où j'interviens comme Cadre Supérieur Socio-Educatif, est le premier acteur public de soin en santé mentale du département et par sa file active, le deuxième de France. Il propose, de manière sectorisée, des soins sous forme de consultations ou d'hospitalisations pour des patients adultes et enfants. L'EPS dispose, pour le public qui intéresse ce projet, de 384 lits pour adultes.

Une mission portée par la direction de l'établissement et l'Agence Régionale de Santé (ARS), débutée en 2021, a permis d'évaluer la situation de 93 patients longuement hospitalisés, c'est-à-dire accueillis depuis plus de 292 jours. Parmi ces 93 patients, 56 patients sont stabilisés, ont une orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et ne sont pas accueillis en structures médico-sociales par manque de solution d'aval. Un maintien dans un lieu de soin constitue une perte de chance pour ce public qui devrait passer du statut de patient à celui de bénéficiaire. Dans une unité d'hospitalisation de longue durée, le public perd en autonomie, en sociabilité, les liens familiaux ne sont plus les mêmes, leurs journées sont structurées autour du soin, alors qu'elles devraient l'être autour de leurs besoins de santé globale et d'inclusion.

Tout aurait dû concourir à permettre un continuum entre lieux de soins et lieux de vie pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Ainsi, l'organisation de l'offre psychiatrique via la sectorisation permet de se rapprocher au plus près des bassins de vie des personnes en privilégiant la prise en charge ambulatoire. Concourt également à ce continuum, la Loi Hôpital Patient Santé Territoire ainsi que le champ plus vaste de la notion de santé mentale par rapport à celle de maladie psychique.

L'EPS Ville-Evrard est dans une situation de blocage pour trois raisons. Les places en établissements sociaux et médico-sociaux manquent, le moratoire sur la Belgique instauré en février 2021 ne permet plus de diriger des personnes vers des structures étrangères, et enfin s'il existe une Maison d'Accueil spécialisée (MAS) au sein de l'EPS, elle est sous dimensionnée (30 places) et avec un agrément ne correspondant pas totalement au public. Il en résulte que 56 personnes qui relèvent du champ médico-social restent dans celui du monde hospitalier alors même qu'elles ne sont pas accompagnées là, de manière optimale.

Occupant, à travers ma fonction de Cadre Supérieur Socio-Educatif une position transversale à l'ensemble des services de soins où sont hospitalisés ces patients, je porte

également, en tant que stagiaire CAFDES à la MAS de Ville-Evrard, un regard sur l'articulation des champs sanitaire et médico-social. Au croisement de ces deux positions, je peux d'une part, mesurer et analyser les besoins pour ces patients repartis dans différents services et d'autre part, définir les moyens mobilisables pour proposer un projet d'offre médico-sociale.

Je me positionne ici comme directeur, porteur d'un projet centré sur les attentes du public et qui répond par ailleurs aux attentes de l'ARS. La chronicisation du public conduisant à une perte de chance me confère la responsabilité de proposer une offre adaptée. Aussi, fort du soutien des autorités de tarification et de contrôle et de la direction de l'établissement, je propose la création d'un pôle médico-social qui consiste en l'extension de la MAS existante, la création d'un Etablissement d'Accueil Médicalisé (EAM) et l'adjonction du service déjà existant d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) soit 116 places en tout.

A l'heure de la désinstitutionalisation, ce projet peut surprendre. Néanmoins, il se justifie pleinement car en premier lieu, les patients longuement hospitalisés ne peuvent sortir brutalement du système de soin sans risque et la présence des ressources sanitaires est indispensables à leur intégration réussie, les AFT sont déjà une forme de désinstitutionalisation et l'EPS dispose depuis fort longtemps à la fois de ressources en soins somatiques et de nombreuses activités culturelles, de loisirs, de soins alternatifs (réhabilitation psychosociale, asinothérapie, sport adapté) à même de bénéficier pleinement à ces personnes.

La première partie de ce mémoire présentera l'évolution de la psychiatrie depuis les années 70 qui s'est progressivement décentrée du soin psychiatrique vers les enjeux de santé mentale. Cela se traduit par une amélioration du parcours de soins des patients tendant vers des soins au plus près des bassins de vie. L'ambulatoire est ainsi devenu la forme majoritaire de l'accompagnement et, à l'EPS Ville-Evrard, se sont 89,5 % des patients qui sont suivis de cette manière. Malgré cette évolution, des patients continuent d'être hospitalisés et parmi ceux-ci certains continuent de l'être longuement. Alors que la durée moyenne de séjour diminue, des patients restent longuement hospitalisés ce qui entraîne, pour eux une perte de chance. Pourtant stabilisés, ils devraient intégrer une structure médico-sociale notifiée par la MDPH. Leur statut de patient d'un établissement psychiatrique, les troubles qui nécessiteraient une prise en charge spécialisée, le manque de structures médico-sociales spécialisées sur le territoire contribuent à ce statu quo. Même si l'EPS Ville-Evrard dispose de nombreux atouts tels une expertise médicale, des services spécialisés ou encore toute une palette d'activités adaptées, il lui manque des

structures à valeur médico-sociales. La seule MAS existante sur l'établissement ne suffit, ni ne correspond totalement aux besoins de la population identifiée. Ce constat est partagé par l'ARS, le CD et la direction de l'EPS Ville-Evrard, le contexte est donc favorable à la création de places médico-sociales au sein même de l'hôpital.

La seconde partie de ce mémoire va aborder la mise en place d'un pôle médico-social au sein même de l'EPS Ville-Evrard et de quelle façon il va favoriser le continuum entre lieu de soin et lieu de vie. Répondre aux besoins des patients stabilisés et en attente d'une place, constitue l'enjeu majeur de ce vingtième pôle de l'établissement qui va se structurer en conséquence. Créer une unité spécialisée à la MAS, ouvrir un EAM axé vers le handicap psychique et regrouper les AFT, offrent des opportunités supplémentaires à l'EPS Ville-Evrard et va améliorer le parcours des bénéficiaires. Il s'agit donc de développer des modalités d'articulation avec les lieux de soins tout en affirmant la spécificité d'une organisation médico-sociale marquée par une culture qui lui est propre et qui peut la distinguer dans sa manière de considérer la place, le rôle et la participation des usagers. La distinction entre les deux champs va marquer mon projet managérial qui va s'axer d'une part sur la manière dont nous allons redonner une place au bénéficiaire dans son parcours et d'autre part sur les outils que je vais développer pour insuffler une dimension médico-sociale dans les pratiques des futurs professionnels. Le processus de création du pôle médico-social va quant à lui se décliner de manière opérationnelle de trois manières. Sur un plan architectural, la nouvelle MAS et l'EAM vont répondre aux normes et besoins du public qu'ils vont accueillir en privilégiant leur confort et leur bien-être. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences va s'axer sur des modalités de transition entre le champ sanitaire et le champ médico-social. Troisièmement sur un plan financier, nous montrerons que la création de places médico-sociales, répondant mieux aux besoins des bénéficiaires, permet de surcroît d'optimiser les dépenses publiques. Enfin, au travers de quelques indicateurs clés concernant tout à la fois les bénéficiaires, l'activité, les ressources humaines et l'équilibre budgétaire nous montrerons comment l'efficacité du projet peut être mesurée.

1 L'évolution de la psychiatrie publique française depuis les années 70 : de l'hospitalisation comme norme à l'hospitalisation comme outil possible...et parfois par défaut

Mon projet de direction prend pour point de départ la situation de personnes atteintes de maladies psychiques, accueillies au sein d'un hôpital public de santé mentale mais qui relèveraient, car elles sont stabilisées, d'un accompagnement médico-social.

Dans cette première partie, nous allons faire un détour pour comprendre la situation de la psychiatrie publique en France et plus précisément dans le département de Seine Saint Denis et ce afin d'appréhender cette difficulté : comment l'hospitalisation, qui n'est plus la norme de prise en charge du modèle psychiatrique français, continue de l'être pour certains patients qui nécessiteraient de devenir des personnes accompagnées et qui se faisant, ont une perte de chance en terme d'inclusion sociale, professionnelle, de vie affective, etc.

Cette partie permettra donc d'établir cet état des lieux, de mesurer les effets que produisent ces hospitalisations maintenues faute de solutions et d'identifier le public qui pourra bénéficier de mon projet.

1.1 Quatre réformes majeures depuis les années 70 pour proposer une offre de soins psychiatriques enrichie, au plus près des bassins de vie des patients et dans un continuum avec le secteur médico-social

L'évolution des soins psychiatriques en France et la mise en œuvre de la sectorisation a conduit au développement des soins ambulatoires comme alternatives à l'hospitalisation. A ce jour, la prise en charge des soins de santé mentale s'effectue majoritairement en ambulatoire¹. L'hospitalisation est donc l'un des outils envisagés dans le parcours de soins du patient et n'est plus l'outil de soin privilégié. Nous allons retracer le fil de cette transformation. Nous n'avons pas ici la prétention de présenter les évolutions des

¹ DREES. (2022). *Les établissements de santé, édition 2022. Les patients suivis en psychiatrie*, 112-119.

politiques publiques en matière de santé mentale depuis 40 ans mais de nous centrer sur la question qui intéresse le public de mon projet : les hospitalisations de longue durée de personnes qui relèvent à la fin de leur prise en charge d'une orientation vers le médico-social.

1.1.1 De la psychiatrie vers la santé mentale, du patient vers la personne accompagnée tout au long de son parcours

Depuis 1960, un arsenal législatif a organisé le modèle de prise en charge dans un premier temps des pathologies mentales puis dans un second temps des questions de santé mentale.

Le premier temps fort est constitué par la circulaire du 15 mars 1960². Chaque département est divisé en secteurs psychiatriques qui couvrent une zone de 70 000 habitants pour les adultes et 200 000 habitants s'agissant des enfants, à l'intérieur desquels une équipe pluridisciplinaire assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement intra et extrahospitalier ainsi que la postcure de la population de son secteur géographique de rattachement. Elle s'articule donc autour de deux axes : « une approche globale du patient et la continuité de la prise en charge dans le cadre d'un double découpage territorial et démographique. Il s'agissait de trouver la bonne adéquation entre une offre de soins et une population donnée. » (Demailly, 2011 : 37)

Il s'agit de proposer une prise en charge de proximité en rupture avec le modèle précédant qui s'organisait principalement autour du soin hospitalier. Le Centre Médico-Psychologie (CMP) devient le pivot du soin et l'unité d'hospitalisation l'un des outils servant le soin. La prise en charge des patients s'effectue selon différents modes et lieux qu'il est possible de classer en trois domaines : l'ambulatoire, le temps partiel et enfin le temps complet³.

Peu déployé durant dix ans, la sectorisation a commencé à être mise en pratique à compter des années 70. Les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985⁴ vont définitivement mettre en place la sectorisation.

² Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

³ L'ambulatoire regroupe les centres médico-psychologiques, les unités de consultation des services et les centres d'accueil thérapeutique. Le temps partiel comprend l'hospitalisation de jour, l'hospitalisation de nuit ainsi que les ateliers thérapeutiques. Le temps complet mobilise l'hospitalisation à temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil en centre de postcure, l'accueil en appartement thérapeutique, l'hospitalisation à domicile et l'accueil en centre de crise.

⁴ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁵ va conduire le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de la psychiatrie à s'articuler avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Au travers de ces nouveaux schémas, la psychiatrie de secteur s'inscrit dans une organisation territoriale plus globale.

Comme l'indique Sylvie Bariez, politologue, chercheur au CERAT⁶, la période 1990-2000 marque le passage de la psychiatrie à la santé mentale. Ainsi, la circulaire du 14 mars 1990 traite dorénavant des orientations de la politique de santé mentale et non plus de la psychiatrie⁷. Ainsi, les populations concernées par ces orientations se sont élargies. Des liens ont été prévus avec d'autres acteurs de la santé que ceux de la psychiatrie. C'est également le cas avec des acteurs institutionnels et des établissements sociaux et médico-sociaux. La psychiatrie classique reposait sur le traitement des pathologies mentales. La santé mentale rompt avec ce modèle car elle recouvre une palette plus large débutant par le bien-être jusqu'à la pathologie psychiatrique, convoquant plus d'acteurs qu'uniquement la psychiatrie.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale est une composante de la santé, elle-même définie par « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité...elle permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté.⁸ ».

Cette évolution est moins stigmatisante pour la personne et permet d'interroger l'organisation de la société pour leur permettre une meilleure inclusion.

Le rapport Couty en 2009⁹ va préconiser la poursuite de cette évolution. Des coopérations doivent s'organiser notamment par la création de groupements locaux de coordination pour la santé mentale. L'introduction du principe de territoire de santé va rendre nécessaire la cohérence entre l'offre de soins somatique et psychiatrique.

⁵ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁶ Institut d'études politiques de Grenoble.

⁷ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale.

⁸ Source Organisation Mondiale de la Santé (17 juin 2022), consulté sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁹ Couty, E. (2009). *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*.

Nonobstant un texte spécifique à la psychiatrie, la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009¹⁰ a précisé deux missions principales impactant l'organisation des soins en santé mentale. Une première mission porte sur le repérage précoce, la prévention, la prise en charge, le suivi et la réinsertion des patients et l'accompagnement des familles dans le cadre d'une action extrahospitalière en partenariat avec les acteurs du secteur social et médico-social. Une seconde mission porte sur les soins lors de l'hospitalisation. Ces deux missions apparaissent telles que suit dans le Code de la santé publique (Article L6111-1 du Code de la santé publique). La Loi HPST a également porté la création des Agences Régionales de Santé (ARS) qui remplacent les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Son cadre stratégique doit conduire au décroisement de l'action des acteurs des champs sanitaire et médico-social et pose un cadre juridique pour favoriser les coopérations entre ces deux champs. Elle a renforcé les outils visant les coopérations au travers notamment des communautés hospitalières de territoire (CHT) et du renforcement des groupements de coopération sanitaire (GCS). Ainsi « un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire »¹¹. Cette logique de décroisement entre les secteurs hospitalier, médico-social et la médecine de ville a été consacré de manière stratégique dans la création du projet régional de santé et le schéma régional d'organisation des soins.

Enfin, la Loi du 26 janvier 2016¹² relative à la modernisation du système de santé en France a introduit des changements significatifs dans l'organisation des soins psychiatriques. La Loi a promu le développement des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Ces projets ont pour objectif d'assurer une meilleure continuité des parcours de soins et de favoriser la coopération entre les différents acteurs de la santé mentale. Il s'agit de mettre en œuvre une organisation territoriale en faveur des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques. Cette organisation est globale car elle s'exprime sur le plan sanitaire, social et médico-social et ce dans le milieu de vie de l'utilisateur.

La succession de ces textes indique la nécessité pour la psychiatrie publique de s'ouvrir. Clément Bonnet, médecin psychiatre, convient qu'« une telle insistance dans les textes législatifs et réglementaires pour décroiser ces deux secteurs dans le champ de la

¹⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹¹ Article L6132-1 du Code de la santé publique modifié par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹² Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

santé mentale témoigne de la conscience des autorités sanitaires et de celles de l'action sociale des dangers de ces possibles clivages. » (Bonnet, 2011 : 217)

Le rapport Laforcade relatif à la santé mentale en 2016, dans son introduction, souligne que « au tournant du siècle, on constate que le parcours entre sanitaire et social est souvent semé d'embûches pour le patient, résultant entre autres de conceptions et de pratiques variables d'un territoire à un autre, d'un établissement à un autre, et, au sein d'un même établissement, d'un secteur à un autre. » (Laforcade, 2016 : 14)

Initialement axé sur les pathologies mentales, le secteur psychiatrique publique s'est vu progressivement réformé par une succession de textes législatifs et rapports le conduisant vers des prises en charge plus ouvertes. Le prisme s'est ouvert des pathologies à la santé mentale, ce qui amène d'autres formes de soins.

1.1.2 Un élargissement du spectre de la santé mentale qui implique une gradation des réponses où l'hospitalisation n'est qu'une réponse parmi d'autres

Nous avons vu que la psychiatrie publique proposait un éventail de prises en charge partant des soins ambulatoires jusqu'aux hospitalisations à temps complet. Passant d'un modèle axé autour de l'accompagnement des pathologies mentales, l'enjeu d'évolution de la psychiatrie publique consiste à répondre, aujourd'hui, aux besoins en santé mentale.

En ambulatoire, les motifs de recours sont disparates et souvent liés à des facteurs exogènes tels des difficultés liées aux conditions socio-économiques et psychosociales. Les troubles qui apparaissent sont liés à l'anxiété, à l'humeur ou à la personnalité (respectivement 19,7 %, 19,5 % et 19,6 % des actes ambulatoires par diagnostic chez les 18-64 ans)¹³.

S'agissant des séjours à temps complet ou à temps partiel, les diagnostics se rapprochent davantage des pathologies mentales. Les troubles correspondant au plus grand nombre de journées d'hospitalisation chez les 18-64 ans sont les psychoses (schizophrénies et troubles délirants, pour 37 % des journées)¹⁴.

Selon les données disponibles, le nombre de demandes de soins psychiatriques en France a connu une hausse considérable ces dernières années. La psychiatrie publique s'est concentrée pendant de nombreuses années sur la prise en charge des maladies

¹³ Cour des comptes, (février 2021). *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*.

¹⁴ Cour des comptes, op cité.

mentales. Depuis le début des années 2000, les demandes de soins augmentent et touchent différentes formes de souffrance psychique (dépressions, troubles psychosomatiques, addictions, souffrance au travail, harcèlement, traumatismes de la violence etc...). Entre 2010 et 2017, le nombre de consultations en psychiatrie a augmenté de près de 16%¹⁵.

En parallèle de l'augmentation des demandes, le secteur de la psychiatrie publique a vu une augmentation de ses moyens. Au total, avec plus 23 milliards d'euros par an, les dépenses remboursées au titre de la souffrance psychique et des maladies psychiatriques sont le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie¹⁶.

Malgré cette augmentation de moyens, les contraintes sur le secteur de la psychiatrie publique s'accroissent. Tout d'abord, le manque de personnel qualifié constitue un défi majeur. La France compte 22,3 psychiatres pour 100 000 habitants. Comparé à la densité de la moyenne régionale (34,5 médecins psychiatre pour 100 000 habitants), la Seine-Saint-Denis s'avère en deçà de la moyenne régionale avec 26 médecins psychiatres pour 100 000 habitants (Paris en compte 91,5)¹⁷. Au-delà des seuls médecins psychiatres, ce sont les métiers de la psychiatrie publique qui sont moins attractifs. Lors de son intervention au congrès de l'encéphale le 20 janvier 2023, le Professeur Bellivier, délégué ministériel à la Santé mentale et à la psychiatrie, évoquait des spécificités de la psychiatrie qui « génère des préjugés persistants ». « La stigmatisation de la psychiatrie est parfois renforcée par un discours trop souvent « victimaire » de la discipline elle-même qui renvoie malgré elle une image répulsive aux jeunes générations de professionnels »¹⁸.

La santé mentale est devenue une question de santé publique à laquelle des moyens croissants sont alloués. La psychiatrie publique est l'un des acteurs de ce champ. Elle a transformé ses modalités d'accompagnement pour répondre aux besoins croissants de la santé mentale. Cette palette d'intervention s'étire de la détresse psychologique jusqu'aux troubles psychotiques les plus sévères. Comment ces troubles continuent-ils d'être pris en charge dans un système qui privilégie de plus en plus l'ambulatoire ?

¹⁵ Santé publique France (2017), *État des lieux de la santé mentale en France*.

¹⁶ Ministère de la santé et de la prévention, (mars 2023). *Synthèse du bilan de la feuille de route, santé mentale et psychiatrie*.

¹⁷ ARS Ile de France, (31 décembre 2021). Etude démographique relative aux psychiatres en Île-de-France.

¹⁸ Santé mentale, (26 janvier 2023). *Crise de l'attractivité en psychiatrie : état des lieux et perspectives par Frank Bellivier*.

La mise en œuvre de la sectorisation n'avait pas pour objectif la réduction du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie publique mais plutôt de favoriser une prise en charge coordonnée des patients. Pourtant, la sectorisation a bel et bien eu un impact sur le nombre de lits d'hospitalisation. En effet, l'élément le plus important de la sectorisation a été la désinstitutionnalisation des patients dont le mode de prise en charge était centré autour de l'hospitalisation au profit du développement des alternatives à l'hospitalisation. Comme le souligne François Chapiro, médecin psychiatre, « dans l'ensemble, la désinstitutionnalisation apparaît comme un phénomène complexe : il ne s'agit pas d'une évolution linéaire susceptible d'être plus ou moins avancée, mais d'une transformation profonde des modes et des itinéraires de soins. » (Chapiro, 2007 : 141)

La capacité en lits des établissements publics de psychiatrie générale, c'est-à-dire des patients adultes, s'est progressivement réduite à compter des années 80, période au cours de laquelle la sectorisation fut mise en œuvre. En 2019, la capacité d'accueil en psychiatrie générale s'agissant du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein dans les établissements publics s'élève à 31 652 lits¹⁹. En 2020, ce chiffre continue de diminuer pour atteindre le nombre de 30 780 lits d'hospitalisation à temps plein²⁰.

Outre la diminution du nombre de lits, la durée moyenne d'hospitalisation²¹ a elle aussi, nettement diminué et a été divisée par plus de deux depuis les années 80. En 2020, la durée moyenne d'hospitalisation est de 59,2 jours²². Deux facteurs ont contribué à cette diminution de la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) en psychiatrie. Le premier est celui d'une amélioration des soins tant sur un plan médical que d'une prise en charge pluridisciplinaire à même de prendre en compte les différentes problématiques inhérentes à la pathologie mentale. Les patients sont stabilisés plus rapidement, c'est-à-dire qu'en parallèle de la mise en place et de l'équilibrage du traitement conduisant à une réduction des symptômes, une éducation thérapeutique s'opère afin de poursuivre l'observance du traitement à l'extérieur. Le deuxième facteur est la mise en œuvre d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein (Cf. annexe n°1).

La seconde modalité est celle des prises en charge ambulatoires principalement en CMP ou encore en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Le nombre de

¹⁹ DREES (2021). *Les établissements de santé, édition 2021. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*, 86-91.

²⁰ DREES (2022). Op cité.

²¹ Nous entendons par durée moyenne d'hospitalisation, le nombre de journées d'hospitalisation rapporté au nombre de patients hospitalisés.

²² DREES. (2022). *Les établissements de santé, édition 2022. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*.

structures ambulatoires psychiatriques en France a connu une augmentation significative ces dernières années. En 2020, on dénombrait 3755 structures ambulatoires spécialisées en psychiatrie rattachées à un établissement public, sur tout le territoire (Cf. Annexe n°2).

Le nombre conséquent de structures psychiatriques de prises en charge ambulatoires s'inscrit dans une volonté de privilégier les soins en milieu de vie normalisé et de favoriser la prise en charge précoce des patients. Les structures ambulatoires offrent une alternative aux hospitalisations, permettant aux patients de recevoir des soins adaptés à leurs besoins tout en restant dans leur environnement familial et social. Le développement des structures ambulatoires psychiatriques en France a permis d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Corrélativement à cette augmentation du nombre de structures, c'est le taux de recours aux soins ambulatoires qui est aujourd'hui majoritaire et représente environ 80% des soins. En 2020, ce taux de recours aux soins ambulatoires touche 2 980 patients pour 100 000 habitants contre 582 patients pour 100 000 habitants pour les soins à temps complet et à temps partiel²³.

Le CMP constituant le pivot des soins, l'hospitalisation à temps complet est devenue l'un des outils pouvant être utilisé dans le parcours de soin du patient. Même minoritaire, il est nécessaire de se pencher sur les conditions de ces hospitalisations à temps complet.

1.1.3 A contre-courant du développement des soins ambulatoires, le phénomène des hospitalisations au long cours

Dans cette partie, nous allons porter notre regard sur le public qui va pouvoir bénéficier de mon projet de direction à savoir des patients psychotiques hospitalisés longuement. En effet, malgré un système qui favorise la prise en charge ambulatoire, l'hospitalisation à temps plein peut constituer l'un des outils de prise en charge dans le parcours de soins du patient et ce, en fonction de la gravité de ses troubles. Certaines hospitalisations vont au-delà de la durée moyenne de séjour. Quels sont les facteurs motivant ces hospitalisations au long cours ?

²³ DREES (2022), op cité.

Pour rappel, la DMH lors d'un séjour à temps complet atteignait en psychiatrie adulte, en 2020, 59,2 journées²⁴. Certains séjours dépassent fortement cette DMH, je qualifie alors ces hospitalisations « d'hospitalisation longue » ou encore « d'hospitalisation au long cours ». Les hospitalisations sont dites « longues » lorsque le séjour compte, par personne hospitalisée, plus de 292 jours de présence continue ou en plusieurs séjours sur une année. (Colfedy, Nestrigue, 2014 : 1)

Dans les établissements publics de santé mentale, les patients au séjour prolongé, représentent en moyenne moins de 1% des personnes suivies dans l'année (file active de l'établissement), ce qui s'avère minime. Cependant, leur poids sur le système de soins, est important car ils comptabilisent un quart des journées et occupent durant toute l'année un quart des lits disponibles.

En s'appuyant sur l'étude de Magali Colfedy, maître de recherche à l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il est possible de décrire de manière générale le profil des patients touchés par ces hospitalisations longues. Majoritairement masculins, les patients sont âgés entre trente-six et soixante ans. S'agissant des pathologies ou des troubles dont ils peuvent souffrir, plus de la moitié des patients hospitalisés longuement souffrent de troubles schizophréniques.

En ce qui concerne le degré d'autonomie des patients hospitalisés au long cours, l'étude montre que « seul un quart des patients hospitalisés au long cours s'avère complètement autonome sur le plan physique [...]. En revanche, 12 % des patients sont lourdement dépendants, nécessitant l'assistance physique majeure d'une tierce personne pour réaliser les gestes élémentaires du quotidien et 15 % nécessitent une assistance physique partielle pour réaliser ces activités de la vie courante ». Nous pouvons donc noter que la gravité des troubles ainsi que le degré de dépendance influent sur la durée de l'hospitalisation.

Les problèmes de santé des patients ne sont pas les seuls déterminants de ces hospitalisations longues. L'étude révèle que le maillage médico-social sur le territoire attenant impacte la prévalence des hospitalisations longues. Cette étude indique : « plus l'offre médico-sociale est importante sur un territoire, plus le taux d'hospitalisation au long cours diminue et inversement ». Il existe donc une corrélation entre hospitalisation longue et taux d'équipement médico-social sur le territoire. Au moment où une sortie peut être

²⁴ DREES (2022). Op cité.

envisagée sur un plan médical, elle ne peut se réaliser faute d'une solution que l'on peut juger d'adéquate.

Cette question est un enjeu lors de ces hospitalisations longues. Dans le contexte d'évolution de l'organisation des soins en psychiatrie et d'un recours plus important aux structures ambulatoires, l'hôpital n'a plus vocation à devenir le lieu de la chronicité. L'hospitalisation longue devient donc inadéquate lorsque le patient stabilisé en mesure de sortir reste hospitalisé faute d'un lieu adéquat à ses besoins.

L'hospitalisation longue, lorsqu'elle devient inadéquate, engendre des conséquences pour les patients. La mission nationale d'appui en santé mentale en 2011 indiquait déjà « Lorsque l'hospitalisation se prolonge, le fil de ce parcours antérieur se perd dans la mémoire de la personne et de l'institution elle-même. L'hospitalisation joue alors un rôle aggravant lorsque se conjugue une absence totale de liens institutionnels et sociaux avec les systèmes de protection et de soutien extérieurs. Cela peut aboutir à une exclusion dramatique caractérisée par une disparition complète des réseaux de sociabilité primaire et des capacités de rétablissement de la personne. ». (MNSAM, 2011 : 11). J'illustrerai les effets de la chronicisation sur les personnes dans trois vignettes cliniques (partie 1.4.2)

Alors que l'hospitalisation ne devrait être qu'une étape dans le parcours de santé, des patients restent hospitalisés au-delà de la durée moyenne de séjour. La poursuite de ces hospitalisations n'a plus de visée thérapeutique, elles sont maintenues faute de solutions d'aval, engendrant des conséquences pour la continuité du parcours de santé des patients concernés. En outre, elles pèsent sur le système de soin représentant un quart des journées d'hospitalisation. Dans la prochaine partie de ce mémoire, nous verrons comment cela se traduit en Seine-Saint-Denis et particulièrement au sein de l'EPS Ville-Evrard.

1.2 La psychiatrie publique en Seine Saint Denis : un hôpital, en proie à des tensions capacitaires, qui s'articule difficilement avec le médico-social qui, lui, est sous-doté

Après avoir vu comment l'organisation des soins en psychiatrie a évolué vers un modèle privilégiant une prise en charge ambulatoire, nous avons constaté que cela s'est accompagné d'une diminution de nombre de lits. Pourtant, certains profils de patients psychotiques nécessitent non pas une prise en charge ambulatoire car ne correspondant pas à leurs besoins mais plutôt une prise en charge hospitalière de longue durée. Ces

hospitalisations devraient conduire à une orientation vers une structure adaptée. Pourtant, malgré la stabilisation de l'état de santé du patient, l'hospitalisation perdure faute de solution d'aval et ces hospitalisations peuvent être qualifiées d'inadéquates.

Le contexte particulier de l'EPS Ville-Evrard l'exempte-t-il de ce type de situation ? Son implantation sur le territoire et les liens qu'il a créés lui permet-il de compenser ces problèmes de sorties ? L'établissement est-il confronté à un territoire sous doté en équipement médico-social ? Enfin existe-t-il des possibilités de créer des passerelles entre le secteur sanitaire et médico-social ?

1.2.1 Une offre de soins sur le département articulée autour de L'EPS Ville-Evrard, deuxième acteur national en matière de santé mentale

L'offre de soins psychiatriques sur le département est indissociable de l'EPS Ville-Evrard. En effet, ce dernier dessert 33 communes et 1,24 millions d'habitants, soit 75% de la population totale du département. En 2022, sa file active atteint, environ, 29 170 patients²⁵. Selon les données de 2021 du site internet, l'EPS Ville-Evrard représente 2 325 emplois en Equivalent Temps Plein (ETP) et un budget d'environ 196 millions d'euros.

L'importance de son activité ainsi que son budget le situent comme le deuxième plus grand établissement français de santé mentale²⁶. Sur le reste de la Seine saint Denis, l'offre de soins en sectorisation psychiatrique est assurée par le Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) Robert Ballanger.

Pour ce qui nous intéresse plus particulièrement, à savoir l'offre de soins en lits d'hospitalisation, la Seine saint Denis en compte 59,5 pour 100 000 habitants, ce qui en fait le département le moins doté de la région Ile de France.

²⁵ Statistique annuelle des établissements de santé du site Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

²⁶ Chiffres Clés 2021 de l'EPS Ville-Evrard, publication internet.

Code	Libellé	Densité de lits/places en psychiatrie générale 2016 ²⁷ hospitalisation temps plein - tout établissement
75	Paris	108,4
77	Seine-et-Marne	73,9
78	Yvelines	76,2
92	Hauts-de-Seine	73,7
93	Seine-Saint-Denis	59,5
94	Val-de-Marne	103,8
95	Val-d'Oise	112,7

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont beaucoup diminué²⁸, entraînant un phénomène de tension capacitaire. La Cour des Comptes souligne que « les capacités d'hospitalisation complète sont régulièrement saturées. Les quelques 57 408 lits en psychiatrie ont permis de réaliser 18,8 millions de journées en 2010, soit 89,5 % de leur potentiel d'occupation maximal théorique, ce qui correspond à un taux global d'occupation particulièrement élevé. » (Cour des comptes, 2011 : 31)

1.2.2 Un hôpital en interdépendance avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du département

Longtemps replié sur lui-même, au même titre que d'autres établissements publics de santé mentale, l'EPS Ville-Evrard, a dû s'ouvrir sur l'extérieur dès les années 90. Parallèlement au processus de désinstitutionnalisation et de développement des prises en charge ambulatoires, le rapprochement vers des structures sociales et médico-sociales a dû se mettre en œuvre. Bien que le développement du partenariat soit poussé à une échelle institutionnelle et notamment via les différents projets d'établissement, dans les faits, la logique territoriale du secteur et la dirigeance des chefs de pôles ont conduit à des hétérogénéités de niveau de partenariat entre les différents pôles. Comme indiqué par Michel Laforcade dans le rapport relatif à la santé mentale : « trop souvent, la collaboration entre services de psychiatrie et structures médico-sociales, nécessaire au bon parcours de vie des usagers les plus handicapés, est fragile car elle repose beaucoup plus sur l'engagement et la bonne volonté des acteurs que sur une organisation rationnelle bâtie par tous, ce qui ne suffit pas et ne garantit pas une égalité de traitement

²⁷ Ces données, même anciennes, sont toujours, aujourd'hui, d'actualité.

²⁸ DREES (2021). Op cité.

pour les usagers selon les territoires dans lesquels ils sont pris en charge. ». (Laforcade, 2016 : 48)

En faisant le distinguo entre parcours de soin et parcours de santé où le premier désigne le parcours entre hôpital et ambulatoire alors que le second rajoute le domaine de la prévention et du social/médico-social, il est possible de considérer que L'EPS Ville-Evrard répond aux besoins de parcours de soins pour ses patients. L'un des enjeux majeurs de l'établissement consiste maintenant à améliorer et renforcer le partenariat et ainsi répondre de manière plus satisfaisante aux besoins en parcours de santé des patients. Une carte éditée par le PSYCOM²⁹ nous permet de mesurer que le soin n'est qu'une étape dans un parcours beaucoup plus large. (Cf. annexe n°3)

La création d'une nouvelle direction en février 2021, intitulée direction de l'action sociale et des coopérations, inscrit l'établissement dans une volonté de créer et de formaliser des liens avec les partenaires sociaux et médico-sociaux. Cette formalisation se traduit sous forme de conventionnement avec les structures du territoire (EHPAD, ESAT, MAS, foyer de vie, etc...). En effet, même si des liens existaient auparavant, ceux-ci n'étaient pas contractualisés via une convention.

Cette formalisation devient aujourd'hui indispensable pour permettre l'intégration au sein des structures médico-sociales de personnes porteuses de handicaps psychiques. Ainsi, l'annexe 1 du rapport de la Cour des Comptes en février 2021 sur les parcours dans l'organisation des soins de la psychiatrie montre combien le handicap psychique est peu représenté dans les ESMS. (Cf. annexe n°4)

A l'inverse, les acteurs médico-sociaux du département ont eux aussi des attentes vis-à-vis de l'EPS Ville-Evrard, ce qui concrétise encore plus le lien qui unit nos deux secteurs. L'écriture du nouveau projet d'établissement nous a conduit à organiser une journée « L'hôpital vu par ses partenaires » le 19 avril 2023. Très suivie, elle a permis aux partenaires de produire des propositions à destination de notre futur projet d'établissement. Trois grandes thématiques ont émergé des échanges. La première est celle de la communication, transparence et transmission des informations où les demandes vont, notamment, vers une meilleure organisation des relais, des sorties d'hospitalisation, des liens entre institutions. La deuxième thématique touche à la notion de prises en charges adaptées et coordonnées où il est sollicité une continuité, un

²⁹ Organisme à but non lucratif d'information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation.

décloisonnement entre les secteurs et surtout un aller-vers. Enfin, le dernier thème abordé est celui de la formation. Les équipes médico-sociales ont exprimé un besoin de transmission de connaissances, de technicité soignante et de croisement des regards au travers de moments partagés.

1.2.3 Un département, sous-équipé en établissements sociaux et médico-sociaux, qui œuvre, au travers du projet territorial de santé mentale, à une meilleure articulation entre les acteurs

Il est établi qu'une articulation doit s'opérer entre l'EPS Ville-Evrard et les acteurs du médico-social en Seine-Saint-Denis. Comment ce secteur est-il doté sur ce territoire ?

Le schéma autonomie et inclusion 2019-2024 du département de la Seine-Saint-Denis souligne l'objectif de « poursuivre le développement de l'offre médico-sociale sur les besoins prioritaires ». Il est indiqué que l'offre médico-sociale en Seine-Saint-Denis est caractérisée par des dispositifs quantitativement insuffisants.

Dans ce schéma départemental, il était dénombré environ 1 000 adultes en attente de places en structures médico-sociales. Le sous-équipement concerne particulièrement les personnes présentant des troubles envahissants ou un handicap psychique. Cette carence se traduit par des situations individuelles et familiales extrêmement critiques. Le schéma précise que « dans ce contexte, l'ensemble du dispositif devra se transformer y compris les établissements existants qui seront amenés, sans pour autant remettre en cause la nature de l'offre, à la recentrer vers les situations les plus lourdes.»³⁰

Cette situation s'est aggravée puisqu'un article paru dans les Actualités Sociales Hebdomadaires le 15 mars 2023 précise que ce sont plus de 2 500 adultes en situation de handicap qui sont sans solution adaptée. Il est écrit : « avec un taux d'équipement trois fois inférieur à la moyenne nationale, ce territoire est le moins bien doté de toute la France métropolitaine. ³¹ ». Un focus est également porté sur la situation des patients en situation de handicap qui sont hospitalisés et en attente de solution, puisqu'il est indiqué dans un communiqué de presse du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis qu'ils sont « 300 adultes en situation de handicap, maintenu.e.s par défaut dans des

³⁰ Schéma autonomie et inclusion, 2019-2024 du département de la Seine-Saint-Denis, page 113.

³¹ *Handicap : en Seine-Saint-Denis, l'offre médico-sociale est trois fois inférieure à la moyenne.*

établissements pour enfants ou au sein des hôpitaux psychiatriques du territoire, ce qui ne permet pas un accompagnement adapté.³²»

Si un focus est effectué sur la dimension spécifique du handicap psychique, le schéma départemental indique, qu'au 31 décembre 2018, le taux d'équipement en structures médico-sociales, par déficience, pour les adultes, en rapport à la moyenne régionale est celui-ci :

Départements d'Île de France	Taux d'équipement des ESMS agréés pour le handicap psychique
93	0,39
92	0,59
78	0,70
91	1,15
75	1,20
95	1,28
77	1,29
94	1,47

Le taux d'équipement de la Seine-Saint-Denis pour les personnes adultes atteintes d'un handicap psychique est donc bien en-deçà des autres départements de la région Ile de France³³.

Cette situation de sous-équipement en structures médico-sociales a des conséquences sur le parcours du patient. Il existe en effet comme nous l'avons mis en exergue précédemment une corrélation importante entre l'offre médico-sociale et le taux d'hospitalisation au long cours.

À la suite des groupes de travail portés par de nombreux acteurs³⁴, le diagnostic territorial de santé mentale pour la Seine-Saint-Denis a été adopté le 15 novembre 2019. À la suite de la pause des travaux engendrée par la crise COVID, le PTSM de Seine-Saint-Denis a, quant à lui, été adopté le 22 février 2021 par l'ARS Ile de France. Ce PTSM s'est ensuite

³² Lettre d'information du conseil départemental de la Seine-Saint-Denis. Op cité.

³³ Schéma autonomie et inclusion, 2019-2024 du département de la Seine-Saint-Denis, page 56.

³⁴ Des groupes de travail ont réuni des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social, des représentants d'usagers et des familles, des référents thématiques de l'ARS et du CD93, des représentants des directions des établissements sanitaires, sociaux ou médicosociaux, des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des acteurs universitaires ou extra-universitaires de la formation et de la recherche en santé mentale-psychiatrie, des associations, des mutuelles,

vu formalisé sous la forme d'un contrat territorial de santé mentale (CTSM) acté le 18 janvier 2023³⁵.

Le CTSM est un document opérationnel qui vise la mobilisation de tous les acteurs afin d'améliorer les parcours de santé mentale. S'appuyant sur onze thématiques, il présente trente-huit fiches actions. Ces fiches actions visent pour certaines à renforcer le lien entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Elles visent des objectifs divers, comme : « accompagner le maintien dans le logement grâce à des équipes de liaison intersectorielle d'accompagnement entre habitat et soins », « soutenir les collaborations entre les bailleurs sociaux, le médico-social et les acteurs de la santé mentale » ou encore « soutenir la création des projets des nouvelles résidences-accueil »

En parallèle des travaux du CTSM, le conseil territorial de santé de Seine-Saint-Denis (CTS 93) a souhaité rappeler que sur le territoire de Seine-Saint-Denis, la santé mentale constitue une priorité de santé publique au regard des besoins de la population. De plus, le CTS 93 a souhaité porter trois sujets dans le cadre de la poursuite des travaux du CTSM 93. Outre celui du financement du CTSM 93 ainsi que la poursuite active des missions de la feuille de route logement/hébergement, le CTS 93 souhaite porter l'attention sur le manque de places en établissement médico-sociaux sur le département et la nécessité d'un plaidoyer commun pour un plan de rattrapage pour la Seine-Saint-Denis.

Face à ce contexte territorial, l'EPS Ville-Evrard est confronté, quant à lui, à une inadéquation entre le nombre de lits et besoins d'hospitalisations de la population du territoire qu'il couvre, ce qui l'expose à des tensions capacitaires. Parallèlement, le territoire de la Seine-Saint-Denis où est implanté l'EPS Ville-Evrard est sous-équipé en structures médico-sociales et qui plus est, s'agissant de structures recevant des personnes porteuses d'un handicap psychique. Pourtant, une articulation entre les deux champs est indispensable pour assurer la continuité de parcours des bénéficiaires.

des Conseil locaux de santé mentale, des bailleurs sociaux, des acteurs du judiciaire et de la protection d'enfance, et l'Éducation Nationale.

³⁵ CTSM consultable sur le site de l'ARS Ile de France :

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/104463/download?inline>

1.3 L'EPS Ville-Evrard, un établissement public de santé mentale polyvalent et diversifié mais confronté à des tensions capacitaires structurelles

Nous avons vu précédemment comment L'EPS Ville-Evrard au travers de son implantation sur le territoire et du rôle qu'il joue en lien avec les acteurs locaux pouvait répondre à la question de la continuité du parcours de santé mentale des personnes qu'il accompagne.

Il est intéressant de se pencher maintenant sur son organisation interne et les moyens qu'il a développé pour répondre à une large palette de besoins en santé mentale des habitants de la Seine-Saint-Denis. Dans cette palette, quelle part concerne les hospitalisations inadéquates ? quelle place occupent ces hospitalisations spécifiques au milieu de l'ensemble des hospitalisations ? Existe-t'il des structures alternatives à même de les compenser ? Enfin, quelles sont les conséquences de ces hospitalisations longues sur la situation des patients qui les subissent ?

1.3.1 L'EPS Ville-Evrard, un hôpital au plus près des besoins multiples des patients

L'EPS Ville-Evrard propose, pour un public adulte, un accompagnement allant du soin hospitalier à une prise en charge ambulatoire ainsi que des soins somatiques et des activités thérapeutiques. Cette variété d'accompagnement constitue le parcours de soin du patient et s'attache à répondre aux besoins inhérents à sa situation.

L'EPS est organisé sur le principe de la sectorisation et dispose de quinze pôles de psychiatrie générale s'adressant aux adultes et aux adolescents âgés de seize ans et plus. La prise en charge des enfants s'organise en trois pôles de pédopsychiatrie (cf. annexe n°5). L'EPS Ville-Evrard prend en charge l'ensemble des pathologies psychiatriques.

Une centaine de structures de soins sont répertoriées sur soixante lieux en Seine-Saint-Denis. Nous dénombrons cinq grands sites d'hospitalisations. Outre le site historique de Neuilly-sur-Marne où se concentrent les directions, les services administratifs, techniques et logistiques, il existe des sites d'hospitalisations à Saint-Denis, Bondy, Aubervilliers et Montreuil. La création de ces nouveaux sites correspond à une démarche, entamée depuis le début des années 2000, de restructuration des unités d'hospitalisation visant à

les relocaliser au plus près des bassins de vie du public. L'établissement dispose de 423 lits d'hospitalisation repartis sur l'ensemble de ses sites.

Outre les Unités d'Hospitalisation Temps Plein (UHTP) décrites précédemment, on retrouve aussi trois unités d'hospitalisation au long cours dites PRDI (Pathologies psychiques Résistantes avec Dépendance Institutionnelle) et quatre antennes d'urgence psychiatrique réparties sur différents hôpitaux généraux de la Seine-Saint-Denis. A cela se rajoutent des centres d'accueil et de crise qui peuvent éviter une hospitalisation. Au niveau des structures alternatives à l'hospitalisation, il existe quinze hôpitaux de jour, dix-sept CATTIP ainsi que quatre équipes mobile psychiatrie précarité et une équipe mobile de géronto-psychiatrie.

S'agissant des lieux de consultations, nous dénombrons vingt CMP. Se sont également développées des antennes de consultations spécialisées pour des adolescents, en direction de l'autisme, de la périnatalité, de l'addictologie, de la thérapie familiale, des troubles du comportement alimentaire, de la réhabilitation psychosociale. Un centre de ressources pour les intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle ainsi qu'une unité de recherche clinique viennent compléter le dispositif de soin.

Le pôle CRISTALES (Coordination pour la Recherche et l'information, les Soins, les Thérapeutiques, les Analyses de Laboratoire et l'Education à la Santé) propose une prise en charge des soins somatiques spécifiques au handicap. Il regroupe plusieurs services comme la pharmacie, le laboratoire d'analyse, le comité sida sexualité prévention, la médecine générale mais aussi spécialisée. De nouveaux services se sont développés comme l'unité d'ethnopsychiatrie et une permanence d'accès aux soins et d'accès aux soins buccodentaires. L'expertise de ce service dans le champ du soin somatique chez un public porteur de handicap lui a permis de créer de nombreuses conventions avec des établissements médico-sociaux du territoire qui les consultent pour leurs résidents. Ce service est primordial tant les personnes porteuses d'un trouble psychiatrique chronique ont une espérance de vie réduite. Cette réduction de dix à vingt ans est liée à un mauvais accès aux soins somatiques (Nicolle, 2022 : 27).

L'EPS Ville-Evrard dispose d'une unité de réhabilitation psychosociale. Cette unité accueille, évalue et accompagne en ambulatoire, toutes personnes vivant avec des troubles psychiques qui souhaitent construire un projet de vie. Cette unité de réhabilitation psychosociale vise le développement des compétences personnelles et sociales, la réintégration dans la société, l'amélioration de la qualité de vie et la meilleure compréhension des troubles pour la personne, sa famille et ses proches. Pour ce faire,

l'équipe va mettre en œuvre diverses techniques de réhabilitation psychosociale : remédiation cognitive, entraînement à la cognition sociale, psychoéducation, groupes de thérapies corporelles, etc.

Enfin, l'EPS Ville-Evrard propose des activités thérapeutiques. Les patients expriment souvent lors de leurs hospitalisations le manque d'activités dans les unités. Ce qui se remarque lorsque l'on rentre dans une unité d'hospitalisation, ce sont les déambulations des patients et l'odeur très prenante de tabac même si les patients fument dans le jardin. Les équipes de soins ne peuvent se détacher de leurs activités de soins pour proposer des activités aux patients, au sein de l'unité. Sur les quinze UHTP et les trois PRDI seulement quatre de ces unités disposent d'un éducateur spécialisé ou d'un ergothérapeute à même de proposer, en plus de ses missions habituelles, des activités thérapeutiques. Aussi l'établissement a développé trois types d'activités différentes :

Le service des sports de l'établissement développe de nombreuses activités où le soin se traduit au travers d'activités sportives (escalade, natation, fitness, randonnée, activités nautiques, jeux collectifs inter-établissement, sports d'hiver...). Depuis plusieurs années, les activités de médiation animale ont pris une place très importante notamment par le biais de l'asinothérapie³⁶ dont le courant expérimental a fait ses preuves et dont le concept de soin tend à s'exporter (Cf. annexe n°6). Les patients apprécient le contact avec les animaux et sont très fidèles à cette activité. Ils l'investissent et au travers des contacts accrus, améliorent leurs relations sociales. Les activités culturelles occupent aussi une place importante, une troupe de théâtre s'est installée à résidence, des concerts ont lieu à la cafétéria, des expositions des œuvres des patients sont organisées. Le projet culture est un axe fort et s'appuie sur un rapport historique de l'hôpital avec ce domaine tant il a vécu la présence d'artistes (Camille Claudel, Antonin Artaud, Komitas). Les activités culturelles sont là aussi très sollicitées par les patients qui y voient l'occasion d'exprimer leurs sentiments via la création artistique (Cf. annexe n°7).

L'EPS Ville-Evrard propose donc toute une variété de lieux et de modalités de prise en charge afin de répondre à une palette de besoin des patients accompagnés.

³⁶ L'asinothérapie est une thérapie comportementale avec l'aide de l'âne et qui fait partie de la zoothérapie.

1.3.2 Une démarche institutionnelle, appuyée par l'ARS, visant à identifier les besoins des patients en attente de solutions

Bien que l'EPS Ville-Evrard propose donc une variété de lieux et de modalités de prises dont l'objectif tend vers les soins ambulatoires et l'inclusion, ce fonctionnement ne correspond que pour une partie des patients suivis.

Depuis 2021, une démarche institutionnelle vise, en coopération avec les équipes pluridisciplinaires des unités d'hospitalisation des différents pôles, à identifier les situations des patients dont les sorties sont reportées faute de solution adaptée aux situations individuelles. Cette démarche est appuyée par l'ARS et la MPDH.

Cet appui se formalise comme suit : « Dans le cadre de l'appui que l'ARS renforce ces dernières semaines au titre des tensions hospitalières en psychiatrie et accueil des patients psychiatriques aux urgences, nous avons acté le fait de mettre en place dans les prochains jours une action ciblée sur les bedblockers médico-sociaux que les EPSM hébergent dans leurs lits d'hospitalisation, comme nous l'avons déjà fait ces deux dernières années côté ARS-DD93 en lien avec vous ». [...] « nous envisageons de solliciter le ministère et les autres ARS afin de trouver d'éventuelles solutions hors région ; les capacités actuelles des ESMS handicap dans le département et en région Ile-de-France étant totalement saturées et donc lesdites structures dans l'incapacité d'accueillir de nouveaux résidents. »³⁷

Le terme de « bedblockers », désigné ci-dessus, est un anglicisme signifiant « *bloqueur de lit* ». Dans la situation décrite par l'ARS, ce terme décrit un patient qui continue d'être accueilli à l'hôpital plutôt que d'être accueilli dans une structure adaptée à sa situation et qui, en l'occurrence, peut être médico-sociale.

La démarche instituée par l'EPS Ville-Evrard se présente sur deux axes. Le premier consiste à mieux définir l'offre de soins pour les patients présentant des troubles sévères et à organiser le parcours de prise en charge dans l'EPS en partenariat avec les établissements médico-sociaux.

Le second axe de cette démarche consiste à faire un état des lieux de nos besoins en structures d'aval médico-social auprès de l'ARS Ile de France. Cette dernière est

³⁷ Correspondance entre l'ARS Ile de France/Direction territoriale 93 et la direction générale de l'EPS Ville-Evrard, le jeudi 4 août 2022.

largement consciente de la situation de carence que subit le département de la Seine-Saint-Denis et souhaite mettre en œuvre une politique claire à destination des patients souffrant de pathologies sévères et invalidantes.

Notons que cette démarche est rendue d'autant plus nécessaire que le moratoire sur le nombre de places d'accueil dans les structures médico-sociales belges instauré le 28 février 2021 a diminué les possibilités d'orientation vers des structures adaptées. L'Etat s'est engagé à ne plus financer de places supplémentaires pour l'accueil d'adultes français en situation de handicap sur le territoire belge. A cette date, 560 places étaient occupées par des ressortissants Séquano-Dionysiens et le nombre maximum de places restera fixé à ce niveau. Sur ces 560 places, 246 sont occupées par des personnes orientées par les pôles de psychiatrie. En 2018, 31 personnes en situation de handicap suivies par notre établissement ont été accueillies dans un établissement médico-social belge. Ce chiffre diminue en 2019 et atteint le nombre 19. Au regard de la crise sanitaire liée au COVID-19, l'année 2020 a été marquée par un arrêt quasi-total des départs avec seulement 4 admissions.

Depuis ce moratoire, la capacité d'accueil des adultes Séquano-Dionysiens en situation de handicap a été considérablement réduite. L'EPS Ville-Evrard s'est donc retrouvé dans une situation complexe faute de solution en aval de l'hospitalisation. Au moment du moratoire en février 2021, un accueil en structure belge était envisagé ou en cours pour 68 patients de l'établissement dont 48 étaient hospitalisés.

Une commission a été constituée. Intitulée « mission PLH (Patients Longuement Hospitalisés) », elle est mandatée depuis janvier 2023 par la directrice générale de l'EPS Ville-Evrard et pilotée par la directrice de l'action de l'action sociale ainsi qu'une représentante du corps médical. Elle a pour mission d'analyser le parcours des patients longuement hospitalisés au sein de l'établissement afin de permettre à la communauté hospitalière de disposer d'un état quantitatif et qualitatif des personnes longuement hospitalisées, de différencier les besoins des personnes concernées entre prise en charge sanitaire et orientation médico-sociale. Cette commission permettra de déterminer les axes de travail du futur projet médico-soignant et d'intégrer la stratégie à court et moyen terme par rapport aux unités PRDI au regard des nécessités induites par la restructuration du site de Neuilly sur Marne. Enfin, cette commission permettra de proposer à la communauté médicale, soignante et socio-éducative un cadre de travail dynamique et pérenne pour travailler les parcours longs au sein de l'EPS Ville-Evrard.

En janvier 2023, un état des lieux réalisé par la mission PLH a établi que 93 patients étaient hospitalisés longuement sur l'établissement et n'avaient pas de projet de sortie à court terme. Ces données émanent d'une part des unités d'hospitalisation qui ont remonté ces informations et d'autre part du Département d'Information Médicale de l'EPS Ville-Evrard qui a extrait des données concernant les hospitalisations dites au long cours.

Il est important de souligner que 93 hospitalisations prolongées ne signifient pas 93 orientations en structures médico-sociales. Des patients nécessitent encore des soins psychiatriques plus ou moins lourds en fonction des pathologies et des capacités psychosociales. Cependant, un grand nombre de ces patients pourraient sortir de l'unité d'hospitalisation sous réserve d'un cadre de vie adapté à leurs besoins. Ces 93 situations de patients longuement hospitalisés représentent sur un total de 431 lits, 21,6 % de la file active des personnes hospitalisées soit, quasiment, un lit sur cinq.

Les patients hospitalisés au long cours sont des patients connus depuis plusieurs années par le pôle, pour lesquels différents projets ont été mis en œuvre mais ceux-ci ne peuvent plus se concrétiser du fait de la perte d'autonomie du patient. La prise en charge au long cours n'est pas une indication thérapeutique mais plutôt la conséquence d'une complexité de la situation. Cette complexité est multifactorielle. Ces facteurs sont liés à la situation du patient lui-même, à l'organisation du lieu de soin et enfin à des éléments exogènes.

Il n'existe pas une situation type de patients hospitalisés au long cours. Au rythme de l'évolution de son état de santé, l'équipe pluridisciplinaire des différentes structures vont accompagner le patient dans son projet de vie. Dans la majeure partie des situations, le patient souffre d'une des différentes formes de schizophrénie. Cette maladie, de son apparition à sa prise en charge puis à sa stabilisation, va présenter des formes qui vont conduire les équipes, en lien avec le patient à proposer différents types d'accompagnements : reconnaissance du handicap, travail sur l'autonomie, réinsertion socio-professionnelle etc... La schizophrénie va, néanmoins, après plusieurs années de prise en charge, avoir tendance à se cicatriser. C'est-à-dire qu'elle se stabilise et conduit au contraire le patient à perdre en autonomie. Les périodes d'hospitalisation sur une année commencent à être plus longues que les périodes de prise en charge ambulatoire.

Le projet d'accompagnement va, lui aussi, évoluer face à cette perte d'autonomie. Les durées d'hospitalisations vont alors progressivement augmenter corrélativement aux projets de sorties qu'il sera de plus en plus difficile à mettre en œuvre. Intervient alors un phénomène de chronicisation qui n'est pas tant lié à la pathologie du patient que de la

responsabilité de la structure de soin. Les équipes de soins décident alors de garder le patient en attendant qu'un projet viable puisse être mis en œuvre.

L'une des difficultés rencontrées est que dans certaines unités d'hospitalisation, l'attention est davantage portée sur les patients entrants et en situation de crise. Les patients au long cours deviennent invisibles au sens où, le projet d'orientation vers une structure adaptée qui demande d'y consacrer des moyens et du temps est mis de côté. Alors qu'il devrait s'agir d'une dynamique constante et régulière, cette difficulté du lit occupé par un patient au long court ne surgit qu'au moment aigu des tensions capacitaires où l'on se pose la question de savoir où en est le projet de sortie.

La diminution des effectifs soignants dans les unités de soins produit des effets sur l'accompagnement des patients au long cours. 10 % des postes d'infirmiers sont vacants³⁸. Le taux de turn-over ne favorise pas la connaissance de la situation du patient. Il s'élève à 9,63 % pour le personnel médical et non-médical et atteints 16,35% pour les personnels socio-éducatifs. Le recours à l'intérim s'est accru de 196 % entre 2021 et 2022. Aussi, l'évaluation des capacités des patients n'est pas toujours réalisée finement malgré le temps d'observation que les équipes ont pu avoir lors du séjour. Ces équipes en sous-effectif ne peuvent pas toujours se détacher pour accompagner les patients vers des activités qui pourraient, là encore, être l'occasion d'évaluer les capacités ou les limites du patient en dehors du lieu, trop formaté, de soin.

1.3.3 Trois types d'unités d'hospitalisation intéressant mon public

Le public concerné par mon projet de direction est accueilli dans trois types d'unités d'hospitalisation aux fonctionnements distincts.

³⁸ Bilan social 2022 de l'EPS Ville-Evrard.

	Mission	Nombre de lits ou places	Nombre de patients longuement hospitalisés	Nombre de patients stabilisés en attente de solution
Unité d'hospitalisation temps plein	Unité d'hospitalisation sectorisée qui stabilise des patients en état de crise avant une sortie vers une structure, généralement, ambulatoire	384	54	19
Foyer de postcure	Hébergement thérapeutique agissant comme transition entre unité d'hospitalisation et domicile	10	10	10
PRDI	Hospitalisation de patients nécessitant des soins de plus longue durée	37	29	27
Total		431	93	56

Sur ces 93 situations, 56 relèvent d'une orientation en structure médico-sociale. La répartition se décline en trois types d'orientations :

- 27 ont une orientation vers une MAS et ont une moyenne d'âge de 44 ans,
- 13 ont une orientation vers un EAM et ont une moyenne d'âge de 41 ans,
- 16 ont une orientation vers un foyer de vie et ont une moyenne d'âge de 44 ans.

Il est à noter que le nombre d'orientation vers une MAS est une donnée qu'il convient de réviser. Les équipes de soin afin qu'un départ vers une structure belge puisse se réaliser, ont privilégié les orientations MAS alors que le besoin d'accompagnement du patient relevait plus d'un EAM. Le financement par le biais, en partie, de l'aide sociale départementale était plus difficile à obtenir qu'un financement entièrement administré par la sécurité sociale.

Si nous réalisons un focus sur les patients en attente d'une place en MAS ou en EAM, nous en dénombrons 40. L'analyse de leurs situations, eu égard à la durée d'hospitalisation, le moment où ils sont considérés et donc en mesure d'être admis dans un ESMS, nous montre, qu'en moyenne, ils sont hospitalisés depuis 29 mois. Cette durée

supérieure à deux ans dénote d'une gravité des troubles justifiant des soins de longue durée. Cet élément est corroboré par le fait que la période entre le début de l'hospitalisation et la stabilisation de leurs troubles, qui marque le moment où le projet d'orientation peut débuter, dure quant à elle en moyenne 16 mois. Au moment de l'étude, les patients stabilisés sont en attente d'une solution d'aval depuis, en moyenne, 8 mois.

Ces patients hospitalisés longuement et pour 56 d'entre eux dans l'attente d'une structure médico-sociale, sont accueillis dans trois types d'unités qui ont, chacune, un fonctionnement différent, ce qui va interférer dans les modalités d'accompagnement du projet des patients longuement hospitalisés.

La première structure est l'Unité d'Hospitalisation Temps Plein (UHTP). Chacun des quinze pôles de psychiatrie adulte de l'établissement dispose d'une UHTP. Ces unités sont sectorisées et accueillent les patients adultes résidant dans la ou les communes que gère spécifiquement le pôle. Ces patients présentent une souffrance psychique ou une pathologie mentale nécessitant des soins aigus en milieu hospitalier. L'objectif est de stabiliser l'état de santé du patient afin que les soins se poursuivent en fonction de son état de santé vers une structure extrahospitalière tel un CMP ou bien une structure alternative à l'hospitalisation temps plein tel un CATTP. La mission de ces unités d'hospitalisation est, donc, de réaliser un accompagnement thérapeutique permettant de stabiliser l'état de santé du patient afin que les soins, dans une logique de parcours, puissent se poursuivre à l'extérieur.

Nous notons pour chaque unité une véritable hétérogénéité tant au niveau du profil sociologique des patients (âge, sexe, condition socio-professionnelle, situation familiale ...), des conditions de soins (libre ou sous-contrainte) que des troubles (réactionnels, dépressifs, suicidaires, névrotiques, psychotiques, neurologiques, ...).

Les quinze UHTP de l'EPS Ville-Evrard comptent, en moyenne, chacune, vingt-deux lits d'hospitalisation. Le taux d'occupation des lits d'UHTP de l'EPS Ville-Evrard est significatif. Selon le Département d'Information Médicale (DIM) de l'établissement, en 2022, le nombre moyen de patient par lit et par jour sur l'ensemble des UHTP est de 1,04 (soit 104%) sur l'ensemble des pôles. Comme nous l'avons vu dans la partie 1.2.1, L'EPS Ville-Evrard est un établissement qui ne dispose pas suffisamment, pour la Seine Saint Denis, de lits de psychiatrie comparativement aux départements voisins. Quotidiennement, ce sont cinq à trente patients qui attendent dans un service des

urgences leur transfert vers l'EPS Ville-Evrard³⁹. Il est donc difficile pour l'établissement de répondre sereinement à ses missions dans le respect des droits fondamentaux des patients.

Ces unités d'hospitalisation accompagnent de plus en plus de personnes qui, bien que stabilisées, ne peuvent sortir faute de solution d'aval. La durée moyenne de séjour (DMS) en unité d'hospitalisation temps plein à l'EPS Ville-Evrard illustre les difficultés à organiser ces sorties. De 18,5 jours pour la période 2016-2019 elle a augmenté de quatre jours à compter de 2021 pour atteindre le nombre de 22,5 jours. De manière exceptionnelle, ce sont en effet des situations minoritaires, les hospitalisations vont durer plus longtemps que cette DMS et parfois atteindre ce seuil, décrit précédemment, des 292 jours.

Les conditions qui conduisent à une prolongation accrue des hospitalisations sont multiples et peuvent être définies comme complexes. J'aborderai ce point ultérieurement quand il s'agira de décrire la situation des patients longuement hospitalisés.

Face à ces situations de patients nécessitant des soins plus importants, l'établissement s'est doté d'unités spécialisées à temps complet, à même de recevoir des patients plus longuement. Elles sont de deux types et apparaissent dans le tableau ci-dessus.

La première est le foyer de postcure. L'établissement ne dispose que d'une seule unité de ce type. Il s'agit d'une unité de moyen séjour de dix lits destinée, à l'origine, à assurer, après la phase aiguë de la maladie traitée lors du séjour en UHTP, l'hébergement mais aussi le prolongement des soins actifs et les traitements nécessaires à la réadaptation des patients.

Le second type est représenté par les unités dites PRDI pour Pathologies psychiques Résistantes avec Dépendance Institutionnelle. Ces unités étaient aussi connues auparavant sous la dénomination « pavillons au long cours » ou « pavillons chroniques ». Il en existe trois sur l'établissement et sont co-sectorielles c'est-à-dire gérées par trois pôles qui apportent chacun des moyens différents. Elles comptent, en tout, trente-sept lits. L'ensemble des pôles ne disposent donc pas forcément d'un accès à une unité PRDI. Les PRDI accueillent des patients qui étaient pris en charge par l'une des UHTP de l'un des pôles co-gérants et pour lesquels le projet consiste à prolonger les soins en dehors d'une structure de soin aiguë afin de trouver une solution d'aval adaptée.

³⁹ Données du Département d'Information Médicale (DIM) de l'EPS Ville-Evrard.

Nous retrouvons donc ces hospitalisations de longue durée tant au sein des unités d'hospitalisation temps plein que des unités PRDI ou encore au sein du foyer de postcure. Cependant, comme nous l'avons vu, ces trois unités fonctionnent différemment et les hospitalisations de longue durée n'ont pas le même impact pour chacune. C'est en effet sur les UHTP que l'impact est le plus fort puisque c'est là que s'exercent des tensions capacitaires qui réduisent de fait la qualité des soins proposés. Les deux autres unités à savoir les PRDI et le foyer de postcure sont des unités destinées à recevoir plus longuement. Pour autant il ne peut s'agir de lieu de vie mais bien encore de lieu de soin. Les 56 personnes hospitalisées subissent donc l'impact de leur statut de patients alors qu'ils devraient se trouver dans un lieu de vie.

1.4 Le public des patients longuement hospitalisés, un phénomène important qui entraîne une perte de chance pour les patients admis et pour ceux qui devraient l'être

Cette partie se penche sur le profil du public des patients longuement hospitalisés et examine les conséquences néfastes de leur situation. En effet, ces derniers, bien qu'étant stables sur le plan médical, risquent de voir leurs opportunités de réintégration sociale diminuer au fil du temps. Cette perte de chance est d'autant plus préoccupante que les pratiques actuelles d'accueil de ces patients semblent avoir des répercussions sur l'accueil des nouveaux patients des UHTP. Cependant il ne s'agit pas des seules conséquences.

1.4.1 Les conséquences de l'hospitalisation longue : une perte de chance

Ces hospitalisations longues entraînent une perte de chance pour les patients concernés. Partant du principe que l'hospitalisation n'est qu'une étape dans le parcours du patient, la longueur accrue de cette étape réduit les possibilités de prolonger son parcours vers un autre lieu adapté.

Une hospitalisation longue en psychiatrie entraîne une perte de chance dans quatre domaines : les capacités de la personne et son autonomie, la socialisation, l'élaboration du projet de vie et la stigmatisation de la personne vis-à-vis des structures d'aval qui pourraient l'accueillir.

Le patient perd des compétences et des capacités qu'il avait auparavant, notamment en matière d'autonomie, de gestion des activités quotidiennes et de prise de décision. L'hospitalisation longue entraîne un effet iatrogène se traduisant par une perte

d'autonomie et peut amener le patient à s'habituer à la routine et à la structure de l'environnement hospitalier, rendant parfois difficile la transition vers la vie quotidienne à l'extérieur de l'établissement de soins. Cette dépendance est accrue car le service hospitalier ne le conduit pas à choisir ses repas, faire ses courses, s'occuper de son linge etc... Ainsi, une spirale négative se fait jour : plus l'hospitalisation dure, plus une chronicité s'installe ne laissant ni au patient ni aux équipes de soins la possibilité de se projeter sur un ailleurs autre que l'UHTP.

A cette perte de capacité, s'ajoute une diminution des relations sociales, qui peuvent s'altérer. La contrainte institutionnelle des visites ne favorise ainsi pas le lien avec l'extérieur, l'entre soi de personnes malades ne crée pas non plus les conditions nécessaires à une inclusion sociale et relationnelle telle qu'elle est préconisée.

La perte de chance est significative concernant l'élaboration du projet de vie. Les patients hospitalisés au long cours deviennent souvent invisibles. Invisibles car leur état stable ne nécessite pas une observation soutenue de l'équipe de soin. Invisibles également car le projet d'orientation demande plus de temps et ne s'élabore pas dans un quotidien qui, là encore, ne sollicite pas une implication et un engagement constant des équipes.

Enfin, le dernier facteur de perte de chance se situe au niveau des représentations qu'engendrent ces hospitalisations longues auprès des établissements sociaux et médico-sociaux. La durée anormalement longue de cette hospitalisation peut laisser croire une gravité de l'état de santé incompatible avec une vie en structure d'une part collective et avec un niveau de soin inférieur à une unité d'hospitalisation à temps plein.

1.4.2 Trois situations emblématiques de la perte de chance

Voici trois vignettes cliniques illustrant les situations auxquelles sont confrontés les patients longuement hospitalisés.

Vignette clinique M. Y : âgé de 48 ans, divorcé sans enfant, il est suivi depuis l'âge de 25 ans par un CMP où il a été diagnostiqué schizophrène. Avant l'hospitalisation actuelle, il était suivi également en hôpital de jour afin de lui proposer des activités dans un cadre de soin. Le décès de son frère a entraîné une décompensation majeure conduisant à une hospitalisation en 2019.

Marié, il travaillait dans un service d'espace vert d'une mairie. Concomitamment à son divorce, il est licencié et réintègre le domicile familial où il vit avec son frère et sa mère. Cette dernière a, à plusieurs reprises, signalé la situation de son fils au CMP qui ne suivait pas son traitement et était violent vis-à-vis d'elle. A cette époque, l'équipe préconise une orientation vers une structure médicalisée. En 2018, la MDPH accorde une orientation en MAS. Vu son incapacité, une mesure de protection est accordée.

En 2019, le suicide de son frère le fait gravement décompenser. Il est orienté dans un premier temps vers l'UHTP du secteur psychiatrique dans lequel il est suivi. Considérant le projet d'intégrer une MAS, demandant un accompagnement long, il est orienté au bout de 5 mois vers l'unité PRDI Trèfles où il se trouve toujours actuellement.

L'équipe de la PRDI a tenté de mettre en place un projet thérapeutique visant à réduire les troubles du comportement de M. Y afin qu'une vie en collectivité soit envisageable. Il a dû mal à faire confiance à l'équipe de soin et demande régulièrement à sortir pour retourner au domicile de sa mère. Cependant, celle-ci ainsi que ses sœurs s'y opposent formellement. Il associe l'équipe à ce refus considérant qu'ils ont convaincu sa mère de ne pas le laisser rentrer. Dans ce contexte de méfiance, il est difficile de faire alliance pour mener le projet d'orientation vers une MAS. L'assistante sociale du service occupe une place à part de l'équipe de soin. Celle-ci arrive progressivement à envisager avec lui d'effectuer des séjours temporaires. Il est noté que les dossiers d'admission sont difficiles à élaborer car il manque des éléments sur les capacités de monsieur ou encore ses habitudes de vie. Une MAS va accepter de l'accueillir de manière séquentielle. Cet essai ne sera pas concluant, les troubles de comportement de monsieur ne peuvent être gérés par la structure.

Plusieurs demandes ont été adressées à des MAS avoisinantes, le périmètre s'élargit progressivement au fur et à mesure des refus. L'objectif est de trouver un lieu compatible avec ses troubles du comportement. Après trois d'hospitalisation à temps plein, M. Y relèverait d'une MAS spécialisée dans les troubles psychiques compte tenu du contexte familial, du temps passé à l'UHTP et de la difficulté de l'équipe à maintenir une alliance thérapeutique.

Vignette clinique M. M : âgé de 45 ans, célibataire sans enfant, il a été diagnostiqué schizophrène vers l'âge de 21 ans. Ce diagnostic a depuis été affiné puisqu'il souffre de schizophrénie hétérotypique. Cette forme se caractérise par une difficulté majeure à accomplir des tâches quotidiennes et à s'organiser. On note également un manque de motivation et une apathie. Enfin, cela entraîne des difficultés à maintenir un lien social.

Troisième d'une fratrie de cinq enfants composée de trois filles et deux garçons, son frère et lui souffrent des mêmes symptômes. Il a suivi sa scolarité jusqu'en première, abandonnant progressivement les cours. Sa vulnérabilité l'a conduit vers de la petite délinquance. Il n'a jamais pu reprendre des cours ni suivre de formation qualifiante. Il n'a jamais non plus travaillé. Il bénéficie d'une Allocation Adulte Handicapé (AAH) accordée à la suite du diagnostic de schizophrénie.

L'entrée dans la maladie s'est ponctuée par plusieurs hospitalisations successives entre lesquelles M. M ne poursuivait ni un suivi en CMP, ni son traitement. Vers l'âge de trente ans, il a progressivement reconnu sa pathologie puis accepté de venir régulièrement au CMP. Les hospitalisations se sont espacées. Durant cette période, grâce au soutien de sa mère, il a obtenu un logement social à proximité de celle-ci. Même s'il aurait souhaité rester au domicile familial, sa mère voulait qu'il puisse devenir plus autonome. L'équipe du CMP a soutenu ce projet. Cette autonomie sera toujours relative car sa mère intervient quotidiennement au domicile, lui prépare ses repas, entretient son linge et son appartement. Enfin elle gère totalement son AAH et son budget.

Le maintien à domicile est devenu, au fil des ans, de plus en plus complexe. Les relations tendues voire violentes avec sa famille ont fracturé les liens. Sa famille a tenté de le pousser au mariage pensant que sa future épouse deviendrait son aidant-familial en lieu et place de sa mère. Dans l'incapacité d'exprimer son angoisse de se marier (son traitement antipsychotique l'empêche d'avoir une vie sexuelle), M. M va gravement décompenser. Durant cette longue hospitalisation, il rompt complètement les liens avec sa famille. L'équipe de soin, considérant qu'il n'est pas suffisamment autonome et apte à gérer ses affaires courantes, va signaler sa situation au procureur. Une mesure de protection de type tutelle est ordonnée. L'équipe de l'unité d'hospitalisation anticipant les effets à venir de la schizophrénie en termes d'autonomie, profite d'un renouvellement de l'AAH pour solliciter auprès de la MDPH, en 2018, une orientation en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM, puis EAM).

Son retour à domicile bien qu'étayé n'est pas suffisamment solide face à son pragmatisme grandissant et sa dépendance de plus en plus forte. Malgré le traitement qui a été instauré de manière injectable, car il avait de plus en plus tendance à le refuser, il présente tout de même des troubles du comportement qui le conduisent à s'en prendre à son voisinage. Une situation d'aller et retour entre son domicile et l'unité d'hospitalisation va se reproduire à trois reprises avec des périodes d'hospitalisation de plus en plus longues. En parallèle, le bailleur va entamer une procédure d'expulsion pour trouble de la jouissance.

Cette procédure n'arrivera pas à son terme, une hospitalisation sous contrainte va être organisée. M. M est hospitalisé depuis juillet 2022 en raison d'une exacerbation sévère de ses symptômes de schizophrénie hétérotypique. Il présentait des troubles de la pensée, des émotions inappropriées et une désorganisation générale du comportement. Au bout de quatre mois, ses symptômes ont été stabilisés. Au cours de cette hospitalisation prolongée, M. M a montré des signes d'amélioration significative. Ses symptômes de désorganisation et d'incohérence de la pensée se sont atténués mais restent tout de même bien présents.

Durant cette période, l'équipe de l'unité d'hospitalisation l'a aidé à prendre conscience de son incapacité à retourner au domicile. Cette adhésion est fragile car M. M est très ambivalent. Le tuteur souhaite éviter un retour au domicile. L'orientation vers un EAM a été accordée par la MDPH. Des demandes ont été adressées mais il se trouve sur liste d'attente. L'équipe s'inquiète néanmoins de l'impression négative que peut donner M. M. Même s'il est capable d'interagir avec les membres du personnel soignant et les autres patients de manière plus appropriée, ses émotions ne sont pas toujours bien régulées et il peut s'agiter de manière imprévisible.

Il est prévu de maintenir l'hospitalisation afin de ne pas perdre les acquis de M. M. L'équipe mise sur un hébergement temporaire en EAM afin d'une part que M. M adhère pleinement au projet en se rendant compte de visu à quoi ressemble un EAM. D'autre part, cet hébergement temporaire serait l'occasion que M. M évolue dans un lieu autre que soignant et qui puisse lui convenir davantage. Cette hospitalisation va donc se prolonger d'une part, faute de pouvoir rentrer dans le domicile qu'il n'est plus en mesure d'occuper tant du fait sa dépendance que des troubles qu'il occasionne et d'autre part, dans l'attente d'une place dans un EAM qui accepte de l'accueillir malgré des troubles qui bien que stabilisés demandent encore de la vigilance.

Vignette clinique de Mme D : âgée de 50 ans, Mme D est célibataire et sans enfant. Elle bénéficie d'une mesure de protection exercée par le service des tutelles de l'établissement. Elle perçoit une AAH et s'est vue attribuée, en 2020, une orientation vers une structure de type MAS. Cette orientation est valable jusqu'en 2030.

Elle est la sixième d'une fratrie de 10 enfants. Elle entretient des liens réguliers avec sa famille qui lui rend visite.

Les premiers troubles sont apparus vers l'âge de 15 ans occasionnant un fléchissement scolaire. La première hospitalisation remonte à 1988 dans une clinique privée. Suivie en

ambulatoire, la première hospitalisation à l'EPS Ville-Evrard remonte à 2002. De nombreuses hospitalisations vont se suivre jusqu'à un acte hétéro-agressif sur des soignants qui vont la conduire dans une Unité pour Malades Difficiles (UMD) en 2007. Elle y restera 14 mois puis sera réorientée vers l'unité d'hospitalisation de son secteur psychiatrique d'origine. Depuis cette date, on observe une bascule où les périodes d'hospitalisation deviennent de plus en plus longues et les retours au domicile de ses parents de plus en plus courts. Depuis 2018, elle est hospitalisée à temps plein et accueillie au sein d'une des trois PRDI depuis 2019.

Les troubles aujourd'hui restent encore très prégnants et se traduisent par des hallucinations, des angoisses et un envahissement. Elle se sent ainsi facilement persécutée et s'isole beaucoup. Il n'est pas évident de la stimuler et cela doit se faire avec tact. Depuis que le poste d'éducatrice spécialisée a été créé, celle-ci a pu mobiliser Mme D vers des activités. Quand elle y participe, elle peut brutalement y mettre fin. Néanmoins ses participations à des activités s'accroissent progressivement et elle peut y passer plus de temps. Cela lui est bénéfique, elle arrive à mieux instaurer une relation.

Vu la fragilité de ses progrès, l'équipe préconise uniquement une admission à la MAS de Ville-Evrard mais celle-ci se trouve en difficulté pour accueillir une résidente qui demande une technicité dans les soins et dans l'approche au vu des troubles du comportement. Des essais très courts ont eu lieu et démontrent le besoin d'une unité spécialisée.

Ces trois situations illustrent le parcours ayant conduit des patients à se retrouver longuement hospitalisés. Chacun dispose d'une orientation vers une MAS ou un EAM. Cependant, la fragilité de la situation conjuguée à des conditions d'accueil ou d'accompagnement des unités de soins qui ne sont pas propices au suivi du projet, ne favorise pas l'admission dans un lieu de vie adapté.

1.4.3 Des conséquences en cascade pour les patients aigus et l'équilibre financier de l'hôpital

Même si nous allons parler ici de deux éléments qui n'intéressent pas directement notre public, il nous semble important de montrer que l'ensemble des éléments ci-dessus ont des conséquences.

L'impossibilité de sortir vers un lieu adapté entraîne des conséquences, notamment dans les UHTP, pour admettre des patients en situations de crise. La dénomination utilisée

pour caractériser cette situation est celle des tensions capacitaires. Leurs effets se répercutent sur la qualité des soins et ce avant même l'admission des patients en unité d'hospitalisation. Une hospitalisation dans une UHTP pour un patient en situation de crise ne se réalise pas directement, c'est-à-dire qu'un bilan somatique doit d'abord être réalisé aux urgences des hôpitaux généraux avoisinants. L'analyse des symptômes peut en effet exclure l'indication d'une hospitalisation en psychiatrie. Pour exemple, une personne âgée peut présenter une confusion mentale alors que celle-ci est due à une déshydratation sévère.

Les tensions capacitaires vont donc avoir un effet sur le temps que vont passer les patients aux urgences en attendant qu'un lit se libère. Voici ci-dessous l'état de la situation des patients qui sont passés par des urgences entre la sixième et la onzième semaine de l'année 2023. Les patients ont patienté pratiquement une journée entière aux urgences alors qu'ils se trouvaient en crise et nécessitaient d'être hospitalisés pour des soins aigus.

Echantillon sur 6 semaines à compter de la sixième semaine de 2023, des délais d'attente des patients admis aux urgences et nécessitant une hospitalisation :

	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8	Semaine 9	Semaine 10	Semaine 11
Nombre de patients nécessitant une hospitalisation à l'EPS Ville-Evrard	41	50	53	65	62	49
Temps d'attente moyen	27h24	20h55	25h59	16h02	24h45	21h31

Les patients restent aux urgences des hôpitaux généraux faute de places dans les UHTP de l'EPS Ville-Evrard. Les équipes de ces unités, face à la pression des urgences, organisent un hébergement sur une autre UHTP qui a de la place mais qui n'est que transitoire car ce n'est pas l'UHTP de référence du patient. Ces situations d'hébergement ne sont pas exceptionnelles puisque selon le DIM de l'établissement, en 2022, l'ensemble des quinze UHTP a réalisé, en moyenne, 10 % de leurs journées pour des patients d'autres pôles. Autre possibilité, les UHTP peuvent décider de libérer de la place en faisant sortir un patient même si cette sortie n'était pas encore totalement prête.

Outre la question des tensions capacitaires que peuvent engendrer la situation qualifiée par l'ARS de « bedblocker », la question des coûts engendrés par les hospitalisations de

longue durée est également un enjeu en psychiatrie qui plus est lorsque le patient est stabilisé et en attente d'une place dans une structure médico-sociale.

Le prix d'une journée d'hospitalisation dans les trois unités que j'ai décrit précédemment dans la partie 1.3.3 à savoir une UHTP, une PRDI ou le foyer de postcure s'élève pour l'année 2023 à 602,21 €.

Si nous nous appuyons sur les éléments de cette partie, considérant d'une part le coût d'une journée d'hospitalisation dans chacune de ces trois unités et d'autre part la durée moyenne depuis laquelle les patients sont stabilisés en mesure de rejoindre une structure médico-sociale, nous obtenons la simulation suivante :

	Nombre de patients stabilisés en attente de solutions	Coût journalier de l'ensemble de ces hospitalisations	Coûts selon la durée moyenne observée de 8 mois depuis la stabilisation
PRDI	27	16 259,70 €	3 967 359 €
Foyer de postcure	10	6 022,10 €	1 469 392 €
UHTP	19	11 441,99 €	2 791 845 €
TOTAL	56	33 723,76 €	8 228 597 €

56 patients stabilisés continuent d'être hospitalisés dans des unités de soins dans l'attente d'une place dans une structure médico-sociale dont le prix de journée sera inférieur à 602,21 €. A titre indicatif, le montant de prix de journée à la MAS de Ville-Evrard s'élève à 350,20 €⁴⁰. Cette situation qui dure en moyenne depuis 8 mois soit 244 jours a engendré durant cette période une dépense publique de 8 228 597 €.

La légitimité de mon projet de direction se situe au croisement de ces deux enjeux. D'une part, un enjeu qui consiste à tenir compte de la perte de chance des patients à se retrouver accueillis dans des lieux qui ne correspondent pas à leurs besoins. D'autre part, un enjeu de maîtrise des dépenses publiques qui permettent de répartir des moyens financiers permettant d'améliorer le parcours de santé des patients. Sensibilisé à ces deux dimensions, il devient de ma responsabilité de proposer un projet répondant à ces deux enjeux.

⁴⁰ Une MAS d'une taille supérieure, sur le nord du département, accueillant un public porteur d'un handicap psychique, présente un prix de journée de 280,94 €.

1.5 Une activité médico-sociale à l'EPS Ville-Evrard qui reste insuffisante

Face, d'une part, à ces hospitalisations longues et considérées comme inadéquates et, d'autre part, à une réduction des possibilités d'accueils, existe-t-il au sein de l'EPS Ville-Evrard des moyens permettant de compenser ce type d'hospitalisation ? Est-elle efficiente ou convient-il de l'améliorer ? Permet-elle de compenser la situation des hospitalisations longues de patients stabilisés qui sont en attente d'une possibilité d'accueil adapté ?

1.5.1 Des unités de soins qui s'adaptent aux besoins des hospitalisations de longue durée de manière partielle et à un coût élevé

Nous sommes, à l'EPS Ville-Evrard, dans une situation où des unités d'hospitalisation à temps plein dont la mission consiste à prendre en charge des patients en situations de crise, accueillent 19 personnes qui ne relèvent plus de cette modalité de prise en charge. Il s'agit d'une problématique récurrente qui a conduit l'établissement à créer les PRDI. Ces trois unités de taille moins importante qu'une UHTP, puisqu'elles disposent respectivement de dix, douze et quinze places, vont accueillir des patients qui ne sont plus en crise mais qui ne disposent pas non plus d'une autonomie suffisante pour quitter une structure de soin sans solution adaptée.

Les données 2022 du DIM indiquent une augmentation de la durée moyenne de séjour. Le nombre total des journées d'hospitalisation pour les patients accueillis sur ces 37 lits s'élève à 51 583 jours (chiffres 2022). Soit un nombre moyen de journées d'hospitalisation par patient atteignant 1 433 jours représentant donc une moyenne annuelle de séjours de 3,9 ans par patient⁴¹. La DMS d'une PRDI est donc sans commune mesure avec les UHTP et nous démontre combien les patients accueillis en PRDI relève d'un accueil de longue durée dans une structure médicalisée.

Le nombre de professionnels intervenant dans ces trois PRDI souligne également la différence avec des UHTP. Avec 82,88 ETP pour 37, ce sont donc 2,24 ETP qui prennent en charge un patient.

⁴¹ Données du DIM de l'EPS Ville-Evrard, 2022.

L'activité dans ces trois unités n'est plus axée uniquement autour du soin mais va aussi s'articuler avec une dimension occupationnelle ou éducative. Des activités à médiation thérapeutique sont organisées et se développent avec l'intégration au sein de l'équipe de soin de nouveaux professionnels tels des éducateurs spécialisés. Ainsi, nous avons pu noter que depuis deux ans, les PRDI optent pour la transformation de postes soignants par des postes d'éducateurs spécialisés. Ces transformations de nature des postes nous indiquent que les projets de service évoluent vers une prise compte des besoins en terme d'accompagnement éducatif, de développement des activités mais aussi d'évaluation des moyens à mettre en œuvre pour préparer le projet d'admission en structure médico-social ou un retour à domicile.

Cependant, l'ensemble des patients accueillis en PRDI ne profite pas d'activités. Le manque de professionnel formés aux techniques de médiations thérapeutiques, de stimulations des capacités des patients est à l'origine d'une situation où seulement un tiers des patients ont des activités thérapeutiques régulières. La transversalité entre les trois structures aurait pu répondre à cette problématique. Cependant, elle est inexistante et les responsables de ces unités ne cherche pas à la favoriser.

De multiples éléments m'amènent à penser que les PRDI pourraient se rapprocher de structures médico-sociales. En effet, la durée élevée de séjour des patients accueillis, le profil des patients qui nécessitent une structure médicalisée et les modalités d'accompagnement m'amènent à penser que ces trois structures tendent à ressembler davantage à un lieu de vie qu'un lieu de soin.

Cependant, les PRDI, même si elles proposent des alternatives aux hospitalisations en unités de soins aigus et permettent d'élaborer un projet pour la suite du parcours du patient, ne correspondent pas aux besoins d'un accueil en structure adaptée. Nous sommes face à des unités qui hésitent et pallient autant que faire se peut.

Il existe une dissonance se traduisant à un double niveau. Premièrement, un projet de service qui consiste à aménager le séjour du patient en proposant du soin mais sans une vision holistique, c'est-à-dire sans une approche qui reconnaisse que les besoins des patients accueillis en PRDI ne se limitent pas seulement à leurs symptômes ou à leurs troubles mentaux, mais englobent l'ensemble de leur bien-être.

Deuxièmement, une dissonance dans la création et la mise en œuvre du projet d'orientation, entre d'un côté, une partie de l'équipe porteuse du projet et partant de l'idée que leur mission consiste à permettre au patient de s'orienter vers un lieu de vie adapté et

de l'autre côté une partie de l'équipe faisant part de « discours d'impossibilité » s'appuyant sur l'idée que le patient ne peut-être bien qu'ici ou encore qu'il ne puisse exister un lieu qui lui convienne.

1.5.2 Une MAS sur le site de l'EPS sous utilisée, isolée et dont l'agrément n'est pas totalement en adéquation avec le public des PRDI

La Maison d'Accueil Spécialisée est la seule structure médico-sociale de l'EPS Ville-Evrard. Ouverte en 2006, la MAS dispose de : « 30 lits et places (27 lits en internat ; 3 places en externat) destinée à prendre en charge des adultes déficients mentaux moyens et profonds avec troubles associés, à partir de 20 ans, présentant une forte limitation d'autonomie et nécessitant une surveillance médicale et des soins constants⁴² ».

Lors de son ouverture, une quinzaine de résidents ont été admis en provenance des pôles de psychiatrie de l'établissement. La proportion est identique à ce jour. Elle avait alors répondu aux besoins d'orientations d'unités d'hospitalisation qui se trouvaient démunies face aux patients présentant un handicap mental et des troubles associés. Aujourd'hui, ce profil a évolué et comme nous l'avons vu précédemment, les unités de soins recherchent des structures médico-sociales à même d'accueillir des personnes présentant un handicap psychique majoré par des troubles du comportement. Il existe donc un décalage entre l'agrément et les attentes des unités de soins de l'établissement Ville-Evrard auquel la MAS est également rattachée.

Seize ans après son ouverture, son taux d'occupation de 89 % est complété par de l'accueil temporaire de patients habituellement accueillis par l'une des trois PRDI. Comparativement aux établissements similaires, la MAS de Ville-Evrard est de taille très inférieure (30 places contre 60 habituellement⁴³).

Face aux besoins actuels d'une partie des patients en attente de solution accueillis dans les unités d'hospitalisation, se pose la question d'une modification de l'agrément et la création d'une quatrième unité de vie et d'un renforcement de l'accueil temporaire pour favoriser des séjours de transition et d'évaluation.

⁴² Arrêté n°2002-942 de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France, Préfecture de la région d'Ile-de-France.

⁴³ Makdessi, Y. (2012). Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°123, octobre

1.5.3 Un service d'Accueil Familial Thérapeutique à redéfinir

Il existe, enfin, un autre outil qui constitue une possibilité de solution d'aval. L'EPS Ville-Evrard dispose, en effet, d'un agrément lui octroyant 46 places d'AFT. A ce jour, 24 familles sont employées par l'établissement. Le rôle de ces familles consiste à accueillir habituellement à leur domicile, à titre onéreux, des personnes adultes ou des enfants, relevant d'une prise en charge dans le cadre de l'activité des pôles de l'EPS Ville-Evrard dont l'orientation en milieu hospitalier n'est plus ou pas nécessaire et pour qui, en complément de la poursuite de soins, une prise en charge familiale, sociale et affective est indiquée.

L'AFT, même s'il rentre dans la catégorie des séjours hospitaliers et donc soumis à un prix de journée, s'apparente à un lieu de vie pour le patient et constitue une alternative à un séjour en unité d'hospitalisation temps plein.

Les indications pour une orientation en AFT recouvrent plusieurs hypothèses : première prise en charge ; alternative à l'hospitalisation ; suite d'hospitalisation ; solution de prise en charge transitoire avant retour à domicile ou orientation en accueil familial social ; enfin, il peut constituer une transition avant une orientation vers une structure médico-sociale.

Selon l'extrait du règlement de fonctionnement des AFT de l'EPS Ville-Evrard, l'Accueil Familial Thérapeutique a pour objectif « d'éviter la chronicisation, par un travail de prise en charge et de continuité de soins. Il vise à :

- Restaurer les capacités relationnelles et l'autonomie de la Personne Accueillie ;
- Restructurer la personnalité la personne accueillie par un réapprentissage relationnel ;
- Permettre l'épanouissement humain de la personne accueillie ;
- Favoriser une évolution thérapeutique ;
- Développer la socialisation, les acquis quotidiens, les activités sociales de la personne accueillie ;
- Faciliter la réinsertion de la personne accueillie ».

Les 46 places d'AFT sont réparties entre les différents pôles de l'EPS Ville-Evrard qui ont souhaité consacrer une partie de leur budget à ce type d'accompagnement. Ces pôles gèrent donc de manière très disparate le lien qu'elles entretiennent avec les familles d'accueil. Les pôles gèrent en lien avec la Direction des Ressources Humaines (DRH) l'ensemble des modalités de recrutement qui vont de la rencontre avec la famille à son

agrément. Les pôles décident des orientations cliniques et assurent l'accompagnement du patient quand il est accueilli au sein d'une famille.

Ce qui crée une hétérogénéité de la place des familles d'accueils au sein de l'établissement est leur niveau d'implication dans le projet thérapeutique du patient, leur niveau de décision dans les soins proposés, l'accès à des informations règlementaires liés à leur contrat de travail et enfin l'accès aux formations d'établissement au même titre que le personnel de l'établissement dont elles font pourtant parties. Cette organisation n'est pour l'heure pas satisfaisante. Il conviendrait, non plus de déléguer la gestion aux pôles avec ce que cela comporte de disparités, mais de centraliser et créer un unique projet de service porteur de sens.

La nouvelle directrice générale de l'EPS Ville-Evrard vient de décider de créer un poste de coordinatrice des AFT rattaché au service de la coordination de l'action sociale. L'objectif d'une telle démarche, qui constitue une première étape, est de redonner du sens à cette modalité d'accompagnement répondant très souvent à la problématique des hospitalisations au long cours en améliorant l'accompagnement des familles, en leur redonnant une place dans le projet thérapeutique et en leur permettant de développer leurs compétences.

Conclusion de la première partie

Les patients psychotiques stabilisés hospitalisés longtemps dans les unités d'hospitalisation de l'établissement ne reçoivent pas les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures. Cette situation ne peut perdurer et elle devient urgente car elle réduit les chances des 56 patients longtemps hospitalisés et altère la qualité des soins. Il n'y a plus lieu de les maintenir dans une unité de soin alors qu'ils relèveraient plutôt d'un lieu de vie.

L'EPS Ville-Evrard dispose d'atouts et de nombreux leviers. Sa technicité, son savoir-faire, son patrimoine, les outils spécifiques qu'il a su créer sont autant d'éléments sur lesquels je souhaite m'appuyer pour créer à l'intérieur même de l'hôpital ce qu'il est complexe de créer à l'extérieur et favoriser ainsi, au même endroit, un continuum pertinent et cohérent entre les structures de soins qui stabilisent et des structures médico-sociales qui accompagnent le projet de vie des patients devenus résidents.

Cette continuité entre lieu de soin et lieu de vie implique la mobilisation à la fois des acteurs sanitaires et médico-sociaux ; pourtant, des écueils tant internes qu'externes existent. La culture sanitaire profondément ancrée implique une dynamique de changement pour insuffler du médico-social dans une organisation complexe et qui peut s'avérer constituer un frein. Le contexte territorial quant à lui au niveau de l'offre médico-sociale pour le public qui nous intéresse est restreint.

Aussi vais-je consacrer la deuxième partie de mon mémoire au pôle médico-social que je souhaite créer. Les besoins sont là et les forces de ce projet résident dans la volonté affichée de créer des places médico-sociales, d'avoir à disposition des surfaces foncières et enfin de profiter d'un haut niveau de compétences des professionnels. Face à cela, il s'agira de tenir compte de faiblesses principalement articulées autour d'une dimension sanitaire majoritaire et de disparités entre les pôles de soins. Ce projet profitera aussi d'opportunités qui constitueront des leviers tels une ARS et un CD demandeurs ou encore un nouveau projet régional de santé qui va bientôt être réécrit. Enfin, il s'agira d'avoir une attention particulière à une menace liée à la faible attractivité de la Seine-Saint-Denis. Un SWOT complet situé en annexe n°8 apportera des précisions supplémentaires sur le diagnostic.

2 Proposer une offre de service adaptée : la création du pôle médico-social au sein de l'hôpital composé de trois établissements et structures

Dans cette seconde partie, je vais exposer mon projet visant la création et la direction d'un pôle médico-social au sein de l'EPS Ville-Evrard.

Les patients psychotiques stabilisés ne peuvent plus continuer à être maintenus dans des unités d'hospitalisation qui ne sont pas en mesure de répondre à tous leurs besoins. Le manque de structure médico-sociale adaptée sur le territoire, la diminution des possibilités d'orientations ainsi que la difficulté à fluidifier le parcours des patients entre sanitaire et médico-social m'incite à proposer un projet alternatif. Je souhaite créer au sein même de l'hôpital Ville-Evrard un pôle qui réunisse des structures médico-sociales. L'EPS Ville-Evrard assurerait ainsi des missions à la fois sanitaires et médico-sociales afin de créer un continuum dans le parcours de santé des patients psychotiques stabilisés. Il s'agit,

alors qu'ils continuent d'avoir besoin de soins, de leur proposer un cadre de séjour qui relève d'un lieu de vie.

Des expériences similaires, répertoriées dans un guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)⁴⁴, ont pu voir le jour au sein d'autres établissements hospitaliers français démontrant ainsi que des projets de conversion ou de création de places médico-sociales par des établissements hospitaliers sont une solution pertinente pour améliorer le parcours des personnes adultes porteuses d'un handicap psychique. L'ANAP, dans cette publication, au-delà de présenter les différentes expériences, propose une démarche méthodologique déclinée en trois axes : ressources humaines, managérial et organisationnel.

Une approche méthodique est en effet nécessaire. La création et la définition de ce pôle va nécessiter de ma part une approche stratégique impliquant l'ensemble des acteurs institutionnels au sein d'un établissement de taille importante ainsi que des acteurs externes. Il s'agit de créer les conditions favorables à la volonté d'agir collectivement.

Pour y parvenir, je vais dans une première partie présenter le projet à savoir une extension de la MAS, la création d'un EAM et le rattachement du service d'AFT en les structurant dans un pôle médico-social.

Deuxièmement, je vais développer ma vision stratégique pour parvenir à créer le pôle médico-social. Il s'agit de convaincre les acteurs de l'intérêt de ce projet. La participation collective à ce projet est indispensable car elle implique l'ensemble de la communauté hospitalière des services de soins aux directions fonctionnelles ainsi que tous les services supports. La conduite de changement sera un outil adéquat pour faire face aux obstacles et aux résistances qui vont se présenter. La formalisation d'étapes tenant compte des enjeux institutionnels ou propres à chaque acteur déterminera la cohérence et l'aboutissement du projet.

Dans une troisième partie, je vais présenter ma vision managériale de ce nouveau pôle. Sa nature va le démarquer des pôles de soin. Ce qui s'apparente à une différence et un risque doit au contraire se traduire en une force grâce aux besoins qu'il va couvrir. Cette partie va présenter les principes d'intervention que je souhaite définir et qui vont porter l'organisation et le fonctionnement du pôle médico-social.

⁴⁴ ANAP (2014). *L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques, retours d'expérience de reconversions ou de créations.*

La quatrième partie me permettra d'aborder, en tant que directeur de ce pôle, tous les aspects concrets de la mise en œuvre du pôle médico-social de l'EPS Ville-Evrard, les moyens alloués à sa création, l'implantation des structures, la qualité des personnels y intervenant, serviront la philosophie du projet et constitueront un ensemble au service des résidents.

Enfin, je montrerais que ce pôle médico-social présente des caractéristiques sous-tendant son développement. En posant des indicateurs, il sera possible de déterminer la pertinence des objectifs du pôle médico-social. L'intrication des dimensions de soin et médico-sociale inhérente à la question de la prise en charge en santé mentale ouvrira des perspectives d'évolution du pôle médico-social au développement de nouveaux types de structures ou dispositifs d'accompagnement.

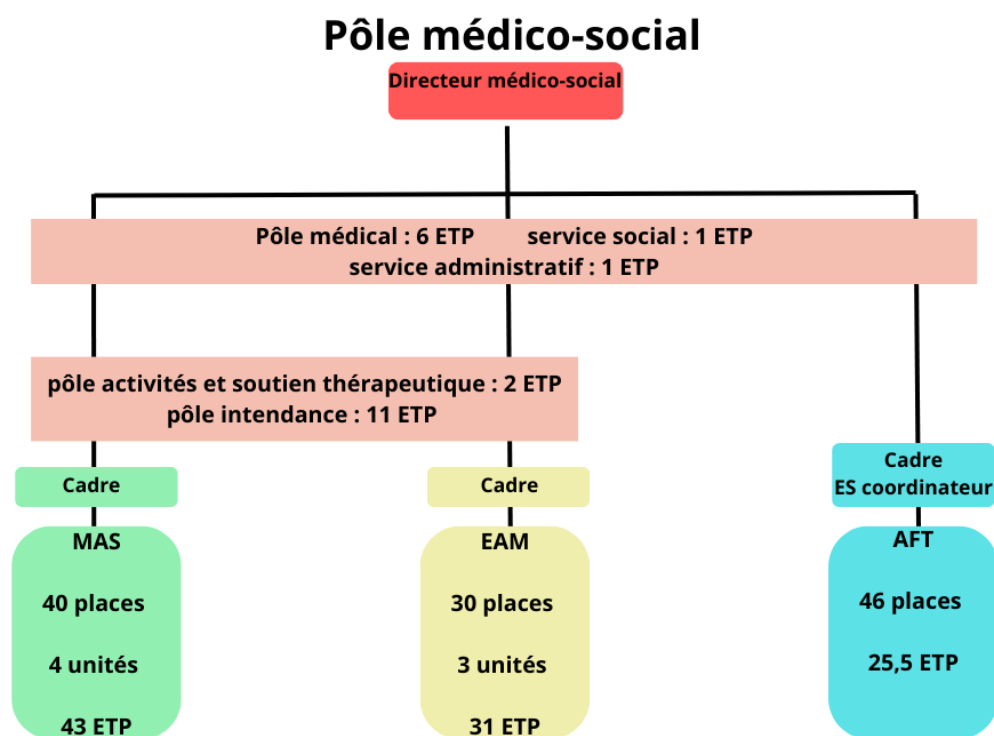
2.1 Présentation du pôle

Nous sommes face à une situation où considérant que le territoire est sous équipé et que d'autres solutions telles que l'accueil en structure belge s'est considérablement réduit, il s'agit pour l'EPS Ville-Evrard d'envisager les moyens qu'il peut mobiliser pour créer en son sein des places médico-sociales et prendre ainsi le contrepied de la problématique de clivage entre les deux domaines : sanitaire et médico-social. A défaut d'articuler à l'extérieur, je souhaite articuler dans le même lieu les deux dimensions.

Sans que cela ne s'apparente à une ré-institutionnalisation, il s'agit d'offrir une opportunité plus adéquate dans le parcours des patients sous la forme d'un hébergement et d'un accompagnement médico-social. Une ré-institutionnalisation reviendrait à reproduire le schéma antérieur et se situer dans une logique de placement. Au contraire, ce projet relève d'une logique de parcours où, au sein de l'hôpital, je m'attache à accorder plus de place à l'accompagnement médico-social en m'appuyant sur le soutien des équipes de soins afin de tenir compte de l'ensemble des besoins de la population que nous avons repérée.

L'EPS Ville-Evrard étant organisé en pôle, je pense que l'organisation des réponses médico-sociales au sein de l'établissement doit également s'exprimer sous-forme d'un pôle afin de faire part égale et réunir les conditions de son installation. Dans cette partie, je présenterais, tel qu'indiqué dans l'organigramme ci-dessous, la structuration de ce pôle

médico-social, les bénéfices que cela portera au parcours des patients et comment ce pôle pourra se greffer à l'institution Ville-Evrard.



(nb: en rose les services transversaux)

2.1.1 Rassembler l'existant et développer les réponses adéquates

Pour répondre au besoin de lieux adaptés pour des patients psychotiques stabilisés accueillis longuement dans des unités d'hospitalisation, mon projet de direction consiste à créer un pôle médico-social au sein de l'EPS Ville-Evrard. Il existe déjà quinze pôles de psychiatrie adulte et trois pôles de pédopsychiatrie qui accueillent de manière sectorisée des patients de Seine-Saint-Denis. Il existe également un pôle prenant en charge les soins somatiques des patients de l'EPS Ville-Evrard. Mon objectif est de créer un vingtième pôle qui aura pour mission d'organiser l'accompagnement médico-social des patients longuement hospitalisés au sein de l'EPS Ville-Evrard.

Ce pôle s'organisera, dans un premier temps, autour de trois structures : une Maison d'Accueil Spécialisé, un Etablissement d'Accueil Médicalisé et le service d'Accueil Familial Thérapeutique. En effet, en s'appuyant sur l'analyse de la situation des 93 patients longuement hospitalisés, deux types d'orientation vers une structure médico-sociale apparaissent clairement : les orientations en MAS et les orientations en EAM.

Ces deux structures sont très proches en ceci qu'elles accueillent toutes deux des personnes « en situation de grande dépendance ou de grande vulnérabilité, c'est-à-dire qu'elles ont besoin d'un accompagnement dans les actes essentiels de la vie quotidienne et pour communiquer » (ANESM, qualité de vie en MAS-FAM volet I 2013 : 6). Cependant, les résidents des MAS sont plus dépendants d'une aide humaine alors que les personnes accueillies en EAM sont plus autonomes physiquement et intellectuellement (Makdessi, 2012 : 17).

Une MAS existe déjà au sein de l'établissement mais comme nous l'avons vu, l'organisation actuelle des trois unités de vie de celle-ci ne correspond pas précisément au profil des patients accueillies en PRDI, en UHTP ou en foyer de postcure. J'évalue qu'il est nécessaire de rajouter une quatrième unité de vie dotée de sept places permanentes et trois places d'hébergement temporaire pour accueillir des patients avec un handicap psychique.

S'agissant des patients bénéficiant d'une orientation vers un EAM, je m'oriente vers la création d'un EAM de trente places dont vingt-cinq places permanentes et cinq places temporaires. Considérant l'importance, en termes de moyens, de la création d'une telle structure et partant de l'idée que les PRDI occupent un rôle particulier car réalisant de l'activité médico-sociale tout en étant structurés comme une unité de soin, je propose de convertir les moyens de deux PRDI afin de les employer pour partie à la création de l'EAM. J'envisage une période de transition entre ces deux PRDI et les futures structures médico-sociales. J'aborderai ce point ultérieurement lors d'un focus sur les deux premières années de mise en place du projet.

Enfin, pour prolonger la démarche de l'établissement consistant à redonner du sens à l'accueil familial thérapeutique et après l'avoir structuré en tant que service, je propose d'adosser ce nouveau service, même s'il s'agit de lits sanitaires, au pôle médico-social en ceci que la modalité d'accompagnement en famille d'accueil se rapproche du projet de service du futur pôle médico-social. L'AFT se compose de 46 places que je maintiens à son niveau actuel. Il n'est pas nécessaire d'y adjoindre des places d'hébergement temporaire. En effet, lors d'une nouvelle admission en famille d'accueil a lieu systématiquement une période d'essai.

La création de ce pôle médico-social permettrait de réunir, réorganiser et créer les places suivantes :

Structures	Situation actuelle	Futur pôle médico-social	
		Places permanentes	Places temporaires et externes
MAS	30 (dont 3 externes)	34	6 (dont 3 externes)
AFT	46	46	---
EAM	---	25	5
Total	76	116	

Il s'agit donc de créer 40 places supplémentaires au 76 existantes.

La MAS et l'EAM seront implantés sur le site de l'EPS Ville-Evrard à Neuilly sur Marne. Je peux noter trois raisons à cette implantation sur ce site.

Il s'agit premièrement de profiter du parc foncier et immobilier disponible. Les relocalisations des unités de soins ont débuté au début des années 2000 et ont conduit l'établissement à créer de nouvelles unités à Saint-Denis, Bondy, Aubervilliers et actuellement à Montreuil. Les locaux occupés auparavant par ces unités de soins à Neuilly-Sur-Marne sont, dès lors, restés vacants.

Deuxièmement, l'EAM et la MAS pourront profiter de la proximité avec la plupart des services de soins d'où proviendront les patients. Les futurs résidents bénéficieront aussi des services du pôle CRISTALES et du centre de réhabilitation psychosociale. Enfin, les activités thérapeutiques tels le service des sports, la médiation animale, la cafétéria et le projet culture de l'hôpital vont continuer de se développer sur le site de Neuilly-sur-Marne et constituent pour les bénéficiaires une opportunité d'accéder à des activités adaptées et pour lesquels ils ont démontré jusqu'alors un réel intérêt et enthousiasme.

La troisième raison est en lien avec l'investissement programmé sur le site de Neuilly-sur-Marne. Le Plan Pluriannuel d'Investissement 2022-2030 a pour objectif la modernisation des conditions d'hébergement des patients et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé sur son territoire. Ce plan d'investissement est en cohérence avec les orientations du CTSM. Le plan pluriannuel d'investissement 2022-2030 comporte deux volets dont l'un s'applique à la reconversion du site de Neuilly-sur-Marne pour un budget de 129 millions d'euros. L'une des finalités de ce plan consiste à développer une prise en charge spécifique des patients hospitalisés au long cours et des solutions d'aval efficaces pour favoriser leurs sorties.

La MAS de Ville-Evrard est isolée dans une partie de l'établissement très éloignée du centre de l'hôpital, ce qui ne lui assure pas de proximité avec les services supports. D'autre part, la cession par l'EPS Ville-Evrard des terrains avoisinants ne permettra pas son agrandissement. La création du pôle médico-social va se réaliser en parallèle de la restructuration du site ce qui va lui permettre de profiter des opérations immobilières qui vont se développer.

Les PRDI accueillent des patients au long cours et même si elles sont organisées comme des unités de soins, ces trois PRDI se rapprochent davantage d'une structure médico-sociale. Mon projet de direction s'accompagne donc d'un redéploiement des places de deux des trois de PRDI pour les transformer en places médico-sociales. Cette opération se présenterait sous la forme suivante :

	Situation actuelle	Evolution	Situation à terme
PRDI Alizé	10 lits	Transformation des lits	22 places médico-sociales
PRDI Trèfles	12 lits		
PRDI Peupliers	15 lits	Maintien de la PRDI Peupliers	15 lits

Une seule PRDI serait conservée afin de proposer aux différentes unités d'hospitalisation temps plein de l'établissement un lieu de soin à même d'accueillir sur une période prolongée des situations évaluées comme complexes. J'entends par complexe des situations où le parcours du patient est fragile du fait de la sévérité de la pathologie et de sa résistance aux traitements. Le lien entre la PRDI subsistante et le pôle médico-social sera à formaliser. En effet, une continuité de parcours pourra être assurée entre les deux structures sous forme de période d'évaluations lors d'hébergements temporaires.

Ce projet de direction va donc s'appuyer sur des services existants, il s'agit d'une part de les redéployer afin de transformer des lits mais également de rassembler et accroître des places médico-sociales. Ce projet s'inscrit dans un contexte de restructuration du site afin d'installer, de manière stratégique, la MAS et un EAM au centre de l'hôpital au plus près des services support, des lieux d'activités et de soutien des résidents (Cf. annexe n°9).

2.1.2 Les bénéfices pour les patients longuement hospitalisés.

La création de ce pôle médico-social au sein même de l'hôpital de Ville-Evrard va permettre de fluidifier le parcours des patients. Cette fluidification va concourir à améliorer les chances des patients de se diriger vers un lieu adapté à leurs besoins. De

l'opportunité d'intégrer la structure jusqu'à l'admission elle-même, les bénéfices pour les résidents vont être de cinq ordres.

Le premier bénéfice qui se traduit avant l'admission dans la structure est celui d'une possibilité accrue d'accéder à un lieu adapté. L'un des facteurs concourant à la prolongation de l'hospitalisation est celui d'un nombre élevé de refus d'établissements sociaux et médico-sociaux. Je peux compter trois raisons principales : le manque de places, l'inadéquation de la structure face au handicap psychique et enfin la stigmatisation liée à un séjour ancien en unité de psychiatrie. La création du pôle médico-social par l'EPS Ville-Evrard et en direction des patients séjournant au sein de l'établissement lève cet obstacle récurrent. Le handicap psychique est un marqueur fort de l'institution qui s'est construit autour de cette dimension et dont la technicité dans le domaine est élevée et reconnue. Ce sont donc des valeurs partagées qui vont faciliter le parcours des bénéficiaires entre les structures de soins qui les accompagnaient jusqu'alors et le lieu de vie dans lequel ils vont s'installer tout en restant dans un environnement qu'ils connaissent et où ils souhaitent rester.

Le deuxième bénéfice est justement celui de s'installer dans un lieu de vie. La différence avec les unités d'hospitalisations que nous retrouvons sur l'EPS Ville-Evrard sont notables. Sur le site de Neuilly sur Marne où sont accueillis 31 des 56 patients stabilisés en attente d'une solution d'aval, les unités d'hospitalisations sont vétustes, dégradées et manquent d'aménagements intérieurs tel des salles d'activités ou encore des salles d'accueil des familles. Les UHTP sectorisées disposent davantage de chambres doubles que de chambres individuelles. La MAS et l'EAM disposeront de chambres individuelles équipées de sanitaires. La finalité est celle d'éviter les difficultés liées à une vie en chambres collectives, de préserver l'intimité et de favoriser une plus grande autonomie. La rénovation des bâtiments qui accueilleront la MAS et l'EAM va permettre d'avoir des locaux adaptés et dans lesquels la sécurité des résidents est assurée. La terminologie entre le champ sanitaire et le champ médico-social illustre également les différences qui s'opèrent et les bénéfices apportés aux résidents. Ainsi la question de la chambre d'isolement que l'on retrouve systématiquement dans les unités d'hospitalisations n'a pas lieu d'exister en MAS ou en EAM, où l'on retrouve plutôt une chambre d'apaisement. Un autre impact est celui du regard des familles. Ils ne viennent plus voir leurs proches qui est hospitalisé, ils viennent lui rendre visite. Contrairement aux unités d'hospitalisations, les contraintes sont moins fortes. Les familles peuvent plus facilement s'impliquer, le lien est moins difficile à entretenir.

Le troisième bénéfice concerne la qualité de l'accompagnement. Alors que jusqu'à présent, il était indiqué au patient un projet de soin, l'admission en MAS ou en EAM va conduire à l'élaboration d'un projet de vie tel que nous l'aborderons dans la partie 2.3.3. Individualisé, il est réévalué autant que nécessaire. La personne et la famille y sont associées et donne son avis. Le projet de vie permet de suivre l'évolution du résident. Il rend visible les progrès en termes de socialisation et d'autonomie. Il s'agit de prendre en compte le bien-être du résident en tenant compte de ses besoins et de ses envies.

L'implantation au sein de l'hôpital du pôle médico-social lui apporte les avantages d'une telle proximité et constitue un quatrième bénéfice. Vis-à-vis de la prise en charge des résidents de la MAS ou de l'EAM, ce sont les avantages de la proximité directe avec le pôle CRISTALES qui, par le biais de sa pharmacie, va dispenser les traitements des résidents. Ce pôle va également détacher des médecins somaticiens dans les structures. De plus, le pôle CRISTALES propose des consultations handicap auprès de spécialistes tel l'endocrinologie, la gynécologie, l'ophtalmologie ou encore les soins dentaires.

Enfin, la composition des équipes, détaillée en annexe numéro 10, détermine la qualité de l'accompagnement, celle-ci n'est plus majoritairement soignante. Dans une structure soignante, le temps n'est pas principalement consacré à la prise en compte de la dimension quotidienne. L'accueil en lieu de vie offre la possibilité au résident de réaliser lui-même les principaux gestes de la vie quotidienne. Des actes de la vie courante peuvent être valorisés : capacité à se rendre seul à une activité, à avoir une attitude adaptée lors d'une sortie etc... De la même manière au lieu de projet de soin, il est plus indiqué un projet socio-éducatif qui se concrétise par l'élaboration d'un planning d'activités individualisées où la participation volontaire est privilégiée. Ces activités peuvent avoir lieu sur la structure ou encore sur le site de Ville-Evrard et des ressources peuvent être mobilisées afin qu'elles se tiennent à l'extérieur tel, par exemple des séjours. Il sera intéressant d'observer dans quelle mesure l'accroissement d'activités aurait un effet sur les prescriptions médicamenteuses tels les anxiolytiques.

2.1.3 L'effet de symbiose où le principe d'un nouveau pôle formalisant des liens dont chacun peut tirer avantage

Outre les bénéfices dont vont profiter les patients longuement hospitalisés en étant admis dans une structure de type lieu de vie, l'implantation du pôle médico-social dans un établissement de la taille de celui de l'EPS Ville-Evrard va constituer un atout. Atout pour le pôle médico-social qui va profiter de services proposés par l'EPS Ville-Evrard mais

également atout pour l'hôpital lui-même qui va profiter d'une part d'un nombre plus important de places médico-sociales qui vont offrir de nouvelles opportunités pour des patients occupants des lits et d'autre part d'une culture du médico-social qui va permettre de préparer la sortie.

J'évoquais dans ce titre le terme de symbiose. Je considère, en effet, qu'il correspond au lien qui va unir le domaine du soin et celui de l'accompagnement médico-social. Le terme symbiose est issu du grec « sumbiôsis » qui veut dire vivre ensemble. Il se dit d'une association étroite de deux ou plusieurs organismes différents, mutuellement bénéfique, voire indispensable à leur survie. Ce terme exprime la relation qui peut s'instaurer entre les pôles de soins et le pôle médico-social. Différents par leurs approches et leurs modalités d'accompagnement, il n'en demeure pas moins que l'association entre le champ sanitaire et le champ médico-social peut être bénéfique pour les deux parties.

L'échange de pratique professionnelle est l'un des axes majeurs de cet effet de symbiose. Cela va se traduire par une transmission d'informations fluidifiée puisque cet échange se réalise au sein d'un même établissement. La question du partage d'information à caractère secret est souvent un point d'écueil entre structure sanitaire et établissement social ou médico-social. Cette barrière est ici levée. Aussi les équipes soignantes vont aider les professionnels de la MAS, de l'EAM ou les accueillants familiaux à mieux apprécier les habitudes de vie des bénéficiaires, leurs difficultés, leurs limites. A l'inverse, les professionnels de la MAS ou de l'EAM vont accompagner les équipes de soins afin de faciliter la transition entre les structures au travers d'évaluations lors de séjours temporaires ou encore d'évaluations sur les structures de soins elles-mêmes. Le maintien de ce lien est primordial dans le sens où l'équipe de soin reste, même à l'issue de l'admission en MAS ou en EAM, l'équipe de référence en cas de décompensation et qui peut organiser une ré-hospitalisation.

L'autre impact du développement de l'offre médico-sociale au sein de l'hôpital est l'effet que cela va produire sur les parcours des patients longuement hospitalisés. Le risque de situations sans solutions et de chronicisation diminue. Les durées d'hospitalisations diminuent car l'admission en MAS ou en EAM va générer un effet mécanique sur les tensions capacitaires en libérant des lits occupés régulièrement.

L'accès à un service de la formation permanente au budget conséquent en mesure de créer un plan de formation adapté à la conduite d'un projet d'accompagnement personnalisé est un autre apport important pour les professionnels de la MAS et de l'EAM. Enfin, l'accès à l'ensemble des fonctions supports de l'établissement hospitalier est un

avantage indéniable pour le pôle médico-social que cela soit au niveau de sa gestion administrative avec la direction de l'EPS Ville-Evrard, sa gestion financière grâce au contrôle de gestion de la direction des finances, sa gestion des ressources humaines en lien avec la direction ad hoc, l'accès au système d'information de l'établissement, le soutien des équipes opérationnelles d'hygiène pour la gestion du risque infectieux ou enfin la gestion des risques.

La création du pôle médico-social repose donc sur l'adéquation entre les besoins des patients accueillis longuement dans les unités d'hospitalisation et la manière dont va être structuré ce pôle. Cette création se fonde sur la convergence des besoins du public mais aussi des structures qui les accueillait jusqu'alors. La création du pôle médico-social est donc pertinent puisqu'il se situe à la conjonction de ces besoins tout en favorisant une proximité avec les structures de soin ce qui confère des avantages mutuels.

Considérant que ce projet est pertinent tant pour le public que pour les structures de soins qui les accueillait jusqu'à présent, la prochaine partie de ce mémoire me permettra de présenter l'approche stratégique que j'envisage tant du côté des décideurs de l'hôpital Ville-Evrard que des autorités de tarifications et de contrôle et en l'occurrence le Conseil Départemental et l'Agence Régionale de Santé.

2.2 Vision stratégique de la création du pôle médico-social

L'article L.6111-3 du code de la santé publique permet aux établissements de santé publics de créer des ESMS : « Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles. Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par le code susmentionné. ⁴⁵» En référence aux articles du code de l'action sociale et des familles cités ci-dessus. L'EAM et la MAS font partie des établissements concernés et sont cités à l'article L 312-1 alinéa 7 : « Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur

⁴⁵ Code de la santé publique, partie législative, sixième partie : Etablissements et services de santé, livre premier, titre premier, chapitre premier : Missions des établissements de santé. L6111-3. Consulté sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171442/#LEGISCTA000006171442

degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ⁴⁶».

Bien que cette création et cette gestion de places médico-sociales soit règlementairement possibles, la démarche doit s'inscrire dans plusieurs dimensions, le contexte de politique de santé mentale, déclinée au niveau du département, de la région et l'établissement ainsi que différents acteurs décisionnels qui le composent. La concrétisation de ce projet passe donc par l'adhésion de l'ensemble de ces acteurs et cette démarche visant l'adhésion nécessite une approche stratégique. Comme l'indique Daniel Guaquère dans un chapitre du manuel de direction en action sociale et médico-sociale sur le sujet de la stratégie territoriale et management : « La stratégie doit donc se mener à deux niveaux : celui des décisions concernant la politique générale et celui des décisions liées à l'activité interne » (Guaquère, 2011 : 209). Dans cette partie j'aborderai, concomitamment, ces deux niveaux.

2.2.1 L'ARS et le Conseil Départemental, des acteurs soutenant le projet

L'ARS Ile de France et le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis sont des acteurs incontournables du projet d'extension de 10 places de la MAS et de création de 30 places d'EAM. Incontournables, dans le sens où l'ARS coordonne et régule l'offre de soins et de services médico-sociaux au niveau régional, tout en se chargeant de mettre en œuvre les politiques de santé définies par le ministère de la Santé.

Quant au Conseil Départemental, en s'appuyant sur les priorités qu'il a définies, il participe au financement de structures médico-sociales. En ce qui concerne ce projet, le Conseil Départemental est compétent sur le financement de la partie hébergement de l'EAM. Les deux institutions collaborant afin d'optimiser les ressources et garantir une complémentarité entre les différents acteurs médico-sociaux, il s'agit d'instaurer dès que possible un dialogue avec eux. L'objectif est de démontrer la pertinence du projet au regard des besoins des patients longuement hospitalisés.

⁴⁶ Code de l'action sociale et des familles, partie législative, livre III : action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services, titre premier, chapitre II, section 1 : établissements et services sociaux et médico-sociaux. L312-1. Consulté sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212898

Ce projet est en concordance avec la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale⁴⁷. Il y est indiqué que les besoins exprimés par les personnes en situation de handicap ont évolué. La réponse sous forme de places en établissements ou en service ne suffit plus. Le mouvement de transformation de l'offre doit être accentué. Il s'agit alors, entre autres, de « renforcer les liens entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire afin de garantir la cohérence et la complémentarité des accompagnements [...] contribuant à la qualité du parcours de vie des personnes ». D'autre part, la circulaire précise, s'agissant du handicap psychique : « l'enjeu réside dans l'organisation d'une offre régionale de santé mentale plus inclusive, en promouvant le décloisonnement des secteurs sanitaire, social et médico-social et en construisant des réponses individualisées régulièrement ajustées à l'évolution de la situation des personnes et de leurs familles ». Cet objectif est rappelé dans l'annexe 3 de la démarche une Réponse Accompagnée Pour tous (RAPT).

Cette stratégie nationale s'applique à un niveau territorial par l'ARS ainsi l'axe 2 de la feuille de route « une réponse accompagnée pour tous » promeut la stratégie territoriale de l'ARS afin de passer « à une logique de réponse adaptées aux besoins spécifiques et évolutifs des personnes handicapées. Cet axe vise également la formalisation des partenariats institutionnels et opérationnels qui doivent faciliter la complémentarité des offres sanitaire, médico-sociale, sociale [...] ».

Le contexte est favorable quant à un dialogue tant avec l'ARS qu'avec le CD93. Trois raisons m'indiquent cette opportunité.

Une première raison est celle d'une attention particulière portée par l'ARS sur l'EPS Ville-Evrard depuis la crise sanitaire. Lors de la crise COVID, un focus s'est porté sur les tensions capacitaires des établissements hospitaliers de Seine-Saint-Denis, des solutions innovantes ont vu le jour pour désengorger les hôpitaux généraux telle la réquisition d'hôtels inoccupés du fait du confinement, afin de créer des places d'hôtel social. Cette réponse, néanmoins, ne pouvait convenir pour les patients hospitalisés longuement au sein de l'EPS Ville-Evrard. L'ARS a accompagné l'établissement pour identifier et repérer les points de blocage. Ce diagnostic populationnel a favorisé un dialogue entre nos institutions qui perdurent à ce jour. Dernièrement lors d'une visite, l'ARS a émis, sans que

⁴⁷ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021)

cela ne soit encore officialisé, son souhait que l'établissement augmente ses places médico-sociales.

Une deuxième raison est celle des conditions futures de planification régionale exprimée dans le Projet Régional de Santé (PRS). Cette troisième version du PRS va couvrir la période 2023-2028. Sa publication est annoncée pour novembre 2023. Cependant, le 25 juillet 2023 ont été publiées les grandes lignes de ce futur PRS. Deux grandes priorités et un axe de transformation m'indiquent une concordance avec le projet que je porte. Il s'agit d'une part de priorités liées à la santé mentale et au parcours de santé et d'autre part d'un axe de transformation s'attachant à « Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients »⁴⁸. Sans préjuger de la teneur exacte de l'intégralité du PRS, les axes qui ont été déterminés ont des points de liaison avec le projet de création d'un pôle médico-social.

La troisième raison concerne la démarche du CD93. Le 15 mars 2023, dans un communiqué de presse, le CD93 indique la nécessité « d'un plan de rattrapage adapté aux enjeux de la Seine-Saint-Denis, qui mêle à la fois solutions en milieu « ordinaire » et places en établissements »⁴⁹. Ce communiqué de presse coïncidait alors avec la conférence nationale sur le handicap et a été l'occasion de faire part des besoins du département qu'il estime à 2 800 solutions et places pour adultes en précisant ensuite le nombre de « 300 adultes en situation de handicap, maintenu.e.s par défaut dans des établissements pour enfants ou au sein des hôpitaux psychiatriques du territoire ». Le dialogue régulièrement entretenu avec le Conseil Départemental lors d'instances stratégiques de l'EPS Ville-Evrard, tel le conseil de surveillance⁵⁰, nous a permis d'apprendre qu'un plan « sans précédent » devrait être prochainement annoncé.

Considérant l'ensemble de ces éléments, l'instauration d'un dialogue en vue d'obtenir une autorisation d'ouvertures de places pourra s'appuyer sur la conjonction d'éléments favorables.

⁴⁸ ARS Ile de France, Projet Régional de santé. *PRS 2023-2028 : 6 axes pour améliorer la santé des Franciliens*. Publié le 25 juillet 2023.

⁴⁹ Département de la Seine-Saint-Denis, lettre d'information publiée le 15 mars 2023. *Handicap : le Département de la Seine-Saint-Denis demande un Plan de rattrapage*.

⁵⁰ Les missions du conseil de surveillance sont centrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il est composé de représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel et de personnalités qualifiées.

2.2.2 Des chefs de pôles médicaux devant être convaincus

L'ARS et le Conseil départemental, au travers du PTSM, ont pointé du doigt la nécessité de fluidifier le parcours en santé mentale en favorisant l'articulation des champs sanitaires et médico-sociaux. Le conseil de surveillance cité ci-dessus, au travers de sa composition, nous incite donc à favoriser également, dans le cadre de ce projet, cette articulation et ce au sein même de l'établissement.

L'hôpital est une organisation complexe en ceci qu'il est gouverné, de manière bicéphale, par la directrice générale de l'établissement et par le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), instance représentative des chefs de pôle et de la communauté médicale. C'est donc un binôme opérationnel qui permet à la directrice de gérer et conduire l'établissement.

La direction de l'établissement est convaincue de la pertinence de créer des places médico-sociales. Cette intention est inscrite dans le nouveau projet d'établissement qui est en cours d'écriture. En effet, la direction a souhaité rajouter un volet qui sort du cadre obligatoire d'un projet d'établissement. Un volet médico-social va donc s'ajouter à d'autres volets tel le volet médical ou encore le volet de soins.

Considérant cet aspect bicéphale du pilotage de l'établissement, il convient donc de convaincre la communauté médicale dont le pouvoir s'exprime, tant sur un plan collectif via la CME, qu'au travers de la place et du rôle des 19 chefs de pôle. La Loi HPST, puis la Loi « Rist » du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, ont rénové la gouvernance des hôpitaux en accordant aux médecins-chefs de pôle davantage de pouvoirs dans les décisions stratégiques d'orientation de l'établissement hospitalier.

Considérant d'une part cette proximité entre la direction de l'établissement et le corps médical, et d'autre part le pouvoir décisionnel dans les orientations stratégiques, je souhaite solliciter le plus tôt possible la CME. En effet, le projet de pôle médico-social implique des changements organisationnels dans les pôles de soins, un repliement de lits sanitaires, un transfert de gestion des accueils familiaux thérapeutiques et surtout faire adopter un changement de conception d'accompagnement où des professionnels, non plus du soin, accompagnent le projet de vie du résident.

Selon les grilles de lecture que peut nous fournir le concept d'analyse stratégique et systémique, il est possible de définir la communauté médicale comme un acteur principal

en ceci qu'il détient plusieurs sources de pouvoirs tel l'expertise technique ou encore la maîtrise des règles et de l'attribution des moyens (Foudriat, 2011 : 155). Les changements qui vont se réaliser lors de la création du pôle médico-social nécessitent, dès lors, une approche stratégique.

Comme l'indique Michel Foudriat « Pour comprendre un comportement en termes de stratégie, il faut toujours le rapporter au contexte dans lequel il se situe, c'est-à-dire aux interactions concrètes (informelles) au cours desquelles il s'exprime et aux contraintes objectives (formelles) qui pèsent sur les acteurs en présence. » (Foudriat, 2011 : 212). Des enjeux structurent l'organisation des services de soins, tenir compte de ceux-ci permet d'anticiper ce qui constituera des freins.

Il faut s'attendre à des résistances qui vont s'exprimer à trois niveaux. Premièrement, je m'attends à des craintes liées à l'idée de recréer l'asile de l'EPS Ville-Evrard dans une logique où le placement continue de prévaloir. La deuxième crainte est en lien avec le fait que le pôle médico-social, contrairement à tous les pôles de l'établissement, ne soit pas dirigé par un médecin mais par un directeur médico-social. La troisième crainte concerne le redéploiement des lits de deux des trois PRDI et la perte de ceux-ci dans un contexte de tensions capacitaires.

D'autres craintes peuvent émerger lors des débats ; il me semble néanmoins que la présentation du diagnostic populationnel, le taux d'équipement médico-social, la diminution des possibilités d'orientations, les tensions capacitaires devraient convaincre la CME sur l'intérêt d'agir collectivement en direction des patients hospitalisés longuement.

Une présentation du profil des patients concernés ainsi qu'une déclinaison de leurs besoins, dans un contexte où la logique de parcours est difficile à décliner considérant la complexité de leurs troubles, devrait sensibiliser la CME sur l'opportunité d'articuler, au sein même de l'établissement, projet de soin et projet de vie, en proposant la création de places médico-sociales structurées en pôle.

Je pense qu'il s'agit de rassurer la communauté médicale en rappelant qu'il s'agit d'améliorer la palette des possibles dans l'intérêt des patients et que le soin a vocation à continuer d'être majoritaire au sein de l'EPS Ville-Evrard.

L'adhésion de la communauté médicale au projet de création médico-sociale peut être obtenue en identifiant au préalable les freins et en valorisant l'intérêt pour les bénéficiaires et l'impact positif sur l'organisation de l'hôpital.

2.2.3 Une négociation avec les partenaires sociaux déterminante

Outre la communauté médicale, ma conduite de changement de culture au sein de l'hôpital va m'amener, de manière concomitante à la CME, à solliciter le Comité Social d'Etablissement (CSE).

Le CSE est une instance consultative chargée de donner son avis sur les questions et projets relatifs à l'organisation et au fonctionnement de l'ensemble des services de l'EPS Ville-Evrard. Le CSE est composé, en plus de la directrice de l'établissement, de l'ensemble des représentants du personnel.

Parmi l'ensemble de ses missions, certaines impactent particulièrement mon projet. Ainsi le CSE doit être consulté, lors des projets de réorganisation de service, en ce qui concerne la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation. Le CSE est également consulté lors des projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service ainsi qu'au sujet des modalités d'accueil et d'intégration des professionnels.

La création du pôle médico-social va toucher à l'ensemble de ces domaines. Il s'agit donc d'impliquer l'instance unique des représentants du personnel (IRP) dans ce projet afin d'éviter toute résistance au changement qui apparaîtrait au travers du changement de culture.

J'estime qu'une des principales craintes des IRP va s'exprimer au travers du risque de déqualification. En effet, les changements de missions pour un professionnel qui intervenait jusqu'alors en PRDI peut entraîner une perception de déqualification car les compétences médicales ou soignantes peuvent sembler moins pertinentes dans le contexte médico-social. Nous détaillerons les professionnels du pôle au point 2.3.1. De manière générale, ce sont les conditions d'exercice professionnel qui sont examinées par les IRP. L'attention va se porter sur les conditions de transition pour les professionnels qui accepteraient de passer d'une PRDI à la MAS ou l'EAM ainsi que les recrutements externes. D'autre part, ils vont être attentifs également à la situation des accueillants familiaux thérapeutiques. En effet, bien que salariés de l'établissement, ils prennent en charge à leur domicile des personnes. Ce domicile est rarement en proximité de l'établissement. Au contraire, nous retrouvons des accueillants familiaux en Seine et

Marne, dans les Hauts de Seine, dans le Val d'Oise et même dans l'Oise. Cette situation en fait des salariés isolés avec tous les risques que cela peut engendrer.

Face aux craintes que j'ai pu déterminer, il me semble indispensable de rassurer les IRP sur les conditions qui vont encadrer cette transition entre PRDI et MAS ou EAM. Cela va se traduire de deux manières ; d'une part, un parcours de formation et d'autre part, en lien avec la DRH, un processus de promotion professionnelle. Je détaillerais ces aspects dans un chapitre suivant quand il s'agira d'insuffler une culture médico-sociale aux professionnels.

S'agissant de l'accueil familial thérapeutique, ma proposition pour lutter contre cet isolement et les réintégrer à une dynamique institutionnelle, va consister à organiser régulièrement, tous les trois mois, des réunions de pratiques professionnelles, ce qui n'est actuellement pas le cas. Ces réunions visent à favoriser l'échange de bonnes pratiques entre accueillants familiaux. Lors de celles-ci, les bénéficiaires des AFT auront l'occasion de profiter des activités organisées sur le site de l'EPS Ville-Evrard.

La création du pôle médico-social est donc déterminée par la capacité à convaincre. C'est une dimension politique qui s'applique ici et comme le décrit Michel Chauvière dans l'ouvrage manuel de direction en action sociale et médico-sociale : « le directeur politique [...] passe une bonne partie de son temps tout à la fois à mettre en œuvre des stratégies de développement et de partenariat dans le territoire, sans oublier de valoriser son propre établissement ou son service et la qualité de ses multiples prestations » (Chauvière, 2011 : 44). C'est donc la dimension politique de l'intérêt à agir collectivement qu'il convient de porter et qui s'avère essentiel pour la poursuite du projet. Celui-ci va entraîner des changements importants qui impacteront tant l'organisation de l'hôpital Ville-Evrard que la pratique des professionnels, le parcours des personnes ou encore la place de ceux-ci dans l'accompagnement proposé. La partie suivante va consister à présenter le changement de culture qui va s'opérer au sein de l'EPS Ville-Evrard, la forme que va prendre ce changement et sa temporalité.

2.3 Le pôle médico-social : un projet ambitieux sur cinq ans

La création du pôle médico-social relève de règles d'organisation et de fonctionnement qui s'appliquent aux établissements sociaux et médico-sociaux et qui diffèrent de l'organisation d'une structure sanitaire. Le droit des usagers au travers de l'information, de l'expression et de la participation diffère du droit des patients. La composition des équipes

ou encore l'organisation hiérarchique s'avère aussi spécifique. C'est donc une culture différente qui va se développer dans un écosystème totalement sanitaire. Ce changement de culture ne peut s'exécuter d'une manière radicale et doit au contraire se développer progressivement. Pour y parvenir, je privilégie la mise en place d'un plan quinquennal se présentant de la manière suivante :

PROCESSUS DE CRÉATION DU PÔLE MÉDICO-SOCIAL



Bien que déployé sur cinq ans, les deux premières années vont s'avérer cruciales pour poser les bases d'une acculturation du médico-social à l'EPS Ville-Evrard. Je présenterai dans la point 2.4.1, un focus sur ces deux premières années.

La viabilité du projet va résider dans ma capacité, au cours des cinq ans, à promouvoir et développer le pôle médico-social. Dans cette partie, je vais donc aborder les moyens que je vais mettre en œuvre pour accompagner les professionnels dans ce changement de pratique. L'approche médico-sociale, dans les modifications structurelles qu'elle apporte va nécessiter une méthodologie d'accompagnement au changement. Ce changement va se structurer autour de l'accompagnement des professionnels à cette transition ainsi que sur l'adaptation du regard porté sur le projet de la personne et sur son rôle dans celui-ci.

2.3.1 Une culture du médico-social à insuffler progressivement aux professionnels

Comme indiqué dans l'organigramme présenté dans le point 2.1, c'est donc un pôle composé de deux structures médico-sociales et d'un service d'AFT qui va voir jour, où vont intervenir des professionnels acculturés à des approches inhérentes à la dimension médico-sociale. Un organigramme détaillé est présenté en annexe numéro 10. Cette transformation des pratiques professionnelles doit être structurée pour être efficace.

Les professionnels de l'EPS Ville-Evrard sont formés à la dimension du soin. Adopter une approche médico-sociale demande donc une adaptation des pratiques professionnelles. La création du pôle médico-social va s'accompagner du redéploiement des moyens de deux PRDI. La conversion des lits sanitaires en places médico-sociales offre l'opportunité aux professionnels d'une mobilité interne. Ils peuvent ainsi rejoindre l'une des deux structures médico-sociales ou bien se positionner sur l'un des postes vacants de l'EPS Ville-Evrard. La création du pôle médico-social va donc également s'accompagner d'une campagne de recrutement extérieur.

A partir de la validation du projet par les autorités de tarification et de contrôle ainsi que par les acteurs de la gouvernance de l'EPS Ville-Evrard, une première étape va consister à recenser les professionnels de structures de soin qui souhaitent rejoindre l'une des deux structures médico-sociales. Ce travail va s'établir avec la Direction des Ressources Humaines (DRH) afin que les conditions favorisant la mobilité interne puissent être réunies. Lors de cette première étape, un groupe de travail constitué des professionnels

intéressés va, sur la base de la présentation du projet, permettre de faire émerger les attentes des équipes mais va avoir, aussi, pour objectif de favoriser la projection vers une structure de type MAS ou EAM. Afin de rendre plus concret cette projection, une participation des professionnels de la MAS sera, à mon sens, déterminante. Ces témoignages mais aussi les échanges commenceront à poser les bases d'une acculturation.

Le passage d'une pratique professionnelle soignante à un accompagnement au projet de vie est un changement de paradigme qu'il faut éclaircir pour les professionnels. L'accompagnement médico-social doit être vécu comme une plus-value et non pas comme une déqualification pour des professionnels du sanitaire peu habitués à l'accompagnement au bien-être, aux activités physiques, à l'individualisation du suivi, à l'ouverture vers les familles.

Le taux d'encadrement va aussi constituer une rupture. Comme indiqué précédemment, le taux d'encadrement en PRDI est de 2,24 ETP pour un patient. Le taux, quant à lui, à l'EAM sera de 1.21 ETP pour une place et 1.75 ETP pour la MAS. Inférieur au taux d'encadrement des PRDI, les taux de la MAS et l'EAM restent supérieurs aux taux national d'encadrement pour de telles structures et ce du fait de la spécificité des besoins de notre public⁵¹.

En amont de la création du pôle médico-social, je compte mettre en place des outils pour faciliter la transition entre les unités d'hospitalisations et la MAS ou l'EAM. Le premier outil est celui de l'objectivation du projet. La visite d'établissements similaires permettra de mieux comprendre son organisation, les différentes modalités d'accompagnement ou encore mieux percevoir en quoi consiste les pratiques des professionnels de ces structures.

Le deuxième outil est celui du développement des compétences. Un parcours de formation peut être proposé à l'ensemble des professionnels en amont de l'ouverture des structures. Il se structurerait de la manière suivante :

⁵¹ DREES. (2022). *L'aide et l'action sociales en France*. p 164. Le taux d'encadrement national pour 100 places, en MAS, est de 123,4 et 107.8 pour un EAM.

Cadre juridique et réglementaire des ESMS, droits des usagers	1jour
Fonctionnement en équipe médico-social et organisation de la vie en ESMS	1 jour
Outils institutionnels projet d'établissement, livret d'accueil et règlement de fonctionnement	1 jour
Evaluation des besoins de la personne et projet personnalisé	2 jours
Les différents champs d'intervention (social, culturel, thérapeutique, familial...)	2 jours
Bientraitance et lutte contre la maltraitance	1 jour
Evaluation des pratiques et démarches d'amélioration de la qualité des services	1 jour

L'EPS Ville-Evrard dispose d'un service de formation permanente, dont le budget de deux millions d'euros, s'inscrit dans une politique de développement des compétences professionnelles. Le catalogue de formation est alimenté chaque année par un recueil des besoins. La création du pôle médico-social va faire l'objet d'une concertation avec la responsable du service de la formation permanente. Il s'agit en effet de développer des offres de formation spécifiques à destination des professionnels qui vont intervenir dans le pôle et dont le nombre va augmenter. Des actions de formations vont donc venir se rajouter au plan de formation. Voici ci-dessous quelques exemples de formations spécialisés à destination des professionnels de la MAS ou de l'EAM :

- Vieillesse de la personne handicapée et accompagnement,
- Prévenir la régression des capacités physiques et psychologiques des personnes handicapées,
- Vie affective et sexualité des personnes handicapées.

Le dernier outil est celui de la promotion professionnelle. Il s'agit d'offrir l'opportunité, par exemple aux Agents de Services Hospitaliers ou aux aide-soignants, de bénéficier d'une prise en charge d'une formation qualifiante, d'un maintien de salaire contre un engagement de service afin d'évoluer vers le grade de moniteur éducateur ou en encore d'Accompagnant Educatif et Social (AES).

La création du pôle médico-social passe également par un recrutement extérieur à l'établissement. Les établissements hospitaliers subissent une difficulté à recruter et fidéliser ses professionnels. Quels sont les moyens permettant de rendre l'établissement attractif ?

Une première possibilité est d'accroître l'accueil de stagiaires. Une politique existe déjà en ce sens et l'établissement accueille chaque année de nombreux stagiaires AES ou encore éducateur spécialisé (ES). L'établissement, reconnu comme site qualifiant, est en mesure au travers de toutes les actions qu'il développe de valider les référentiels de compétence. Pour renforcer et améliorer cet accueil de stagiaires, il s'agit de développer les conventions avec les centres de formations, privilégier l'accueil de stages longs ou encore allouer des crédits à la gratification des terrains de stages tant du côté des formés que des formateurs. Les étudiants des métiers du médico-social savent peu qu'il est possible d'exercer dans des Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM). Cet investissement peut permettre aux étudiants de rejoindre l'établissement une fois diplômé. Autre possibilité, entraînant un engagement contractualisé, c'est celle du Contrat d'Allocation d'Etude. Le versement d'une allocation lors d'une année d'étude entraîne après l'obtention du diplôme un engagement à servir. Une deuxième possibilité consiste à développer des moyens attractifs : mise en place d'une politique de qualité de vie au travail, augmentation des moyens consacrés au développement des compétences ou encore s'assurer d'une qualité managériale.

2.3.2 Un établissement porteur d'une culture du patient expert qui doit tendre vers une culture de la personne accueillie actrice de son parcours

Outre les changements qui s'opèrent dans les pratiques professionnelles, la culture médico-sociale offre aux bénéficiaires la possibilité de prendre part aux décisions qui les concernent. Cette possibilité de décider prend encore plus sens dans le domaine du handicap psychique car les capacités intellectuelles des personnes sont préservées.

La Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par les Nations Unies en 2007 reconnaît le droit des personnes porteuses d'un handicap à prendre leurs propres décisions et à exercer un contrôle sur les aspects de leur vie, y compris les choix liés à leur traitement médical, leur vie professionnelle et sociale. Le terme d'autodétermination donne sens à ce droit fondamental car il reconnaît la capacité des individus à prendre des décisions concernant leur propre vie, à exercer un contrôle sur les choix qui les affectent et être acteurs de leur parcours.

Ce droit s'applique et a évolué ces dernières années à l'hôpital en mettant en avant une approche plus inclusive et respectueuse des droits des patients. Cela se traduit de deux manières différentes à l'EPS Ville-Evrard.

Premièrement, depuis 2014, la certification des établissements pour la qualité des soins s'effectue sur la méthode dite du patient-traceur. Cette approche se fonde sur l'expérience du patient pour évaluer son parcours et la qualité des soins.

Deuxièmement, l'établissement a choisi de recruter des pairs-aidants au sein des équipes de soins pour accompagner les patients. N'étant encore que deux, leur soutien est tout de même précieux pour les équipes. En effet, les pairs-aidants sont des personnes que l'on peut qualifier de patient-expert en ceci qu'ils ont eux-mêmes vécu des expériences de santé mentale difficiles. Ils ont reçu une formation pour offrir un soutien à d'autres personnes vivant des situations similaires et proposer un accompagnement à la décision.

Ces deux éléments permettent de développer à l'EPS Ville-Evrard une culture de l'autodétermination afin de reconnaître le droit des patients à participer activement à la prise de décision concernant leur propre santé.

Cette culture de l'autodétermination et du développement du pouvoir d'agir même si elle tend à se renforcer, n'est pas une valeur cardinale à l'EPS Ville-Evrard ; néanmoins, elle constitue une base pour mon projet. La création du pôle médico-social et l'accompagnement au sein des structures qui vont le composer, va permettre de donner une véritable dimension à cette notion d'autodétermination et de pouvoir d'agir.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le cadre de la qualité de vie en MAS-FAM préconisent de favoriser l'expression de choix et de préférences. J'ai pu identifier trois recommandations intéressantes. La première vise à « évaluer les capacités de chaque personne à exprimer des choix entre plusieurs propositions et à en comprendre les conséquences afin d'adapter l'accompagnement ». Une deuxième propose de « favoriser l'expression de choix et de préférences dans tous les aspects de l'accompagnement ». Enfin j'ai pu relever aussi qu'il s'agit de « donner régulièrement et au maximum aux personnes l'occasion d'exprimer des préférences » (ANESM, 2013 : 41)

Ces trois recommandations vont permettre aux équipes d'adopter des modalités d'accompagnement qui, éloignées des pratiques qu'ils ont pu connaître dans les unités de soins, vont participer à rendre le bénéficiaire acteur et aussi auteur de son parcours. Grâce à des modalités d'expression, il pourra ainsi faire connaître aux professionnels ses choix. Ainsi, ils pourront être pris en compte dans le quotidien et permettront de définir le projet personnalisé tel que je vais le décrire dans la partie suivante.

2.3.3 Transformer le projet de soin en projet personnel individualisé

L'un des changements les plus marquants va consister à passer d'un projet de soin utilisé dans les unités d'hospitalisations à un Projet Personnel Individualisé (PPI) qui aura cours dans les structures du pôle médico-social.

Le projet de soin, ancré dans le secteur sanitaire, se concentre principalement sur les besoins médicaux et cliniques du patient. Il est axé à l'EPS Ville-Evrard sur les troubles psychiques, la stabilisation, l'adhésion du patient et la poursuite des soins. Les professionnels médicaux et soignants jouent un rôle central dans la prise de décision, en déterminant le traitement et les interventions nécessaires.

Le PPI, qui émane du secteur médico-social, prend en compte le bénéficiaire dans sa globalité. Il ne se limite pas aux besoins de santé, mais considère également les aspects sociaux, émotionnels, culturels et environnementaux de la vie d'une personne. Ce terme de PPI suppose une prise en compte des attentes de la personne, s'attache à la question de l'individualisation, peut s'appuyer sur des activités individuelles ou collectives et enfin peut se décliner en volets tel le volet éducatif, le volet social ou encore le volet de soins.

Passer d'un projet de soin à un projet personnel individualisé dans le cadre d'un projet de reconversion du sanitaire en médico-social implique une transition significative dans la façon dont les services sont conçus et pensés. Cela vise à placer la personne au centre des décisions et à répondre à ses besoins spécifiques de manière holistique et personnalisée. Ce passage à un PPI permet une personnalisation plus poussée de l'accompagnement des bénéficiaires, améliore la qualité de vie de la personne, favorise son autonomie et renforce son engagement dans son propre processus de prise en charge.

Comme indiqué précédemment dans la partie 2.1.1, La création du pôle médico-social va s'accompagner d'une période transitoire où les PRDI vont progressivement réorganiser leur fonctionnement afin d'assurer un parcours fluide entre structures de soin et structures médico-sociales. La mutation du projet de soin pour tendre vers un PPI va s'organiser en plusieurs étapes.

Il va s'agir premièrement d'évaluer la situation de chaque personne en prenant en compte non seulement ses besoins médicaux, mais aussi ses préférences, ses souhaits et son contexte personnel. Cela permettra de mieux connaître la personne dans sa globalité.

Alors que jusqu'alors la personne prenait connaissance des soins qu'elle allait recevoir, il va être question d'impliquer activement la personne dans son projet personnalisé, de lui permettre d'exprimer ses attentes. Comme l'indique le guide de recommandation des bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sur les attentes de la personne et le projet personnalisé, la personne est « le bénéficiaire direct des accompagnements et des prestations [...] a des attentes vis-à-vis des professionnels [...] et a souvent une représentation de ses propres besoins d'aide et d'accompagnement » (ANESM, 2008 : 14).

Les besoins de la personne évoluant, il sera aussi question de réévaluer périodiquement le PPI afin qu'il reflète ces changements. Cette réévaluation va permettre d'identifier la réalisation des objectifs de la personne et d'évaluer l'efficacité du PPI dans son ensemble. Ce changement prend une dimension particulière pour les personnes longuement hospitalisées qui, comme on l'a indiqué, n'ont pas bénéficié de cette approche concrète de l'auto détermination dans l'ensemble des champs de leur vie.

La transition du projet de soin au projet personnel individualisé marque une évolution importante dans le domaine médico-social. Comme l'indique Jean-René Loubat, « nous comprenons que le projet de vie constitue le moteur du parcours, le socle de mobilisation sur lequel doit reposer de manière pragmatique toute tentative d'aide à la personne » (Loubat, 2020 : 36). En plaçant la personne au centre de son propre parcours, il est possible de mettre en avant la dignité, le choix et l'autonomie. En reconnaissant la personne dans sa globalité et en adaptant les services à ses besoins et à ses aspirations, le PPI réinvente la manière dont nous abordons le soutien médico-social.

Cette nouvelle position offre à la personne la possibilité de développer son pouvoir d'agir car il n'est plus destinataire d'un soin mais auteur de son projet de vie. Ce principe éthique conduit mon projet de direction du pôle médico-social. Après avoir perçu quelles étaient les lignes directrices de ce projet, il convient de s'intéresser à sa déclinaison opérationnelle.

2.4 Une déclinaison opérationnelle qui va se décliner en adaptation des compétences, optimisation des dépenses et modernisation du lieu de vie

Dans cette partie, je vais présenter la manière dont le pôle médico-social va se créer. Il s'agit de l'inscrire dans un projet global où les ressources de l'EPS Ville-Evrard vont être

mis à contribution. Adapter les compétences, articuler les organisations, imaginer les lieux, rendre financièrement possible le pôle sont les actions qui vont concrétiser le changement opéré par la création du pôle médico-social.

2.4.1 Un calendrier établi sur 5 ans mais dont les deux premières années vont nécessiter une attention particulière

Mon projet de direction visant la création du pôle médico-social se décline, comme présenté dans l'introduction du chapitre 2.3, sur cinq ans. Je trouvais néanmoins intéressant d'effectuer un focus sur les deux premières années de ce projet en ceci qu'elles vont constituer les fondations d'une construction.

La première année débute par d'un côté l'obtention des autorisations auprès de l'ARS et du CD et de l'autre l'adhésion tant de la communauté médicale que des IRP. Ce double processus réalisé concomitamment nécessite d'adopter une posture d'interface où il faut porter le projet de création de pôle, rendre clairs tous les bénéfices pour chacune des parties, tout en ayant « un discours positif et assumé sans identification d'un « *demandeur-responsable tiers* » comme l'ARS, au risque de favoriser le rejet du projet » (ANAP, 2014 : 32). C'est donc une position que l'on pourrait juger d'équilibriste. Au cours de cette période, je rédigerai un pré-projet de pôle à destination de ces acteurs. Le projet définitif, quant à lui, pourra être élaboré en co-construction

La rédaction du projet d'établissement achevé, c'est donc un levier sur lequel il sera possible de s'appuyer pour déterminer des valeurs communes dans l'accompagnement des personnes longuement hospitalisées et pour lesquels l'admission en structure médico-sociale doit se concrétiser. La méthode de co-construction doit être privilégiée pour débiter des groupes de travail et favorisera l'engagement des différents acteurs. Les groupes de travail associeront professionnels de santé, professionnels du médico-social, directeurs et bénéficiaires.

Un groupe de travail sera chargé de définir les modalités d'articulation avec les lieux de soins mais également le processus qui va mener à la transition entre PRDI et lieu de vie. Ce groupe se chargera de construire les moyens permettant de convertir les projets de soins en PPI, d'infuser dans les PRDI des outils du médico-social tel les CVS pour promouvoir le pouvoir d'agir. Les salariés des AFT seront également associés, il est en effet nécessaire que des PPI soient formalisés pour des personnes en AFT, ce qui n'est pas le cas jusqu'alors.

Un autre groupe de travail sera chargé de concevoir avec la Direction du Patrimoine et des Travaux (DPT) ainsi qu'un cabinet d'architecte la structuration, l'agencement et l'organisation des lieux de vie et d'activités pour favoriser le bien-être des résidents et en s'attachant aux besoins spécifiques liés au handicap psychique.

Enfin, un dernier groupe de travail en lien avec la DRH sera en charge de la question de changement de culture, changement qu'il convient d'apprécier au regard de l'adaptation des emplois et des compétences. Ce groupe pourra ainsi formaliser des parcours de formations soit en direction des professionnels des PRDI ou encore des professionnels nouvellement recrutés.

S'agissant du service d'AFT, ces deux premières années vont servir la restructuration de celui-ci. Les familles d'accueils vont voir leurs liens avec l'EPS Ville-Evrard améliorés. Une équipe médicale dédiée va les accompagner dans la prise en charge de leurs résidents et ce de manière homogène. A la fin de la première année, grâce au recrutement d'un ES coordinateur, les salariés de l'AFT seront réunis périodiquement, soutenus et formés à un meilleur accompagnement des bénéficiaires.

Durant ces deux premières années, un plan de communication tant interne qu'externe va rendre la création du pôle concrète et transparente afin que les pôles et les professionnels de l'établissement se saisissent des spécificités d'une prise en charge médico-sociale et de ce en quoi elle diffère. La lettre d'information mensuelle de l'EPS Ville-Evrard sera un outil ainsi que les publications des compte-rendus des groupes de travail publiés sur l'intranet. En externe, il s'agira de voir dans quelle mesure le CD93, le coordinateur PTSM du département, les associations spécialisées, le dispositif d'appui à la coordination (DAC), la communauté 360, le DIH soient régulièrement informés de l'avancée du pôle. Des publications seront également diffusées sur le site internet de l'EPS Ville-Evrard

A l'issue des deux premières années et dès la fin des travaux, le pôle devra être en mesure d'accueillir les premiers résidents qui auront été accompagnés progressivement par les PRDI. Cette progression pourra se formaliser sous la forme d'hébergement temporaire. Ceci peut constituer une véritable plus-value dans le projet car c'est le moyen de créer une transition plus facile pour le patient et ne pas le dépayser du lieu de soin où il séjourne depuis longtemps. Une fois toutes les places occupées, le taux de rotation va être faible mais la possibilité d'accueillir de manière temporaire va permettre de faire évoluer le regard des équipes de soins qui orientent afin qu'elle se rendent compte qu'un accueil en MAS ou en EAM est possible. Les évaluations faciliteront aussi l'admission

dans d'autres structures. Le parcours des résidents pourra également se poursuivre vers d'autres modalités d'accompagnement externe selon leurs évolutions.

L'organisation de la transformation entre des unités de soins en santé mentale et des structures médico-sociales est un processus complexe qui nécessite une planification minutieuse, une coordination efficace et une collaboration étroite entre les différentes parties prenantes.

2.4.2 Un budget du pôle médico-social qui s'inscrit dans un contexte financier favorable

La création du pôle médico-social suppose une assise financière suffisamment solide pour assurer la légitimité du projet et démontrer que face à la question des coûts engendrés par les hospitalisations longues, il constitue la réponse adéquate.

Cette assise financière stable va se structurer autour de trois axes.

Le premier est axe est celui du résultat financier de l'EPS Ville-Evrard. En effet, le budget de l'EPS Ville-Evrard est à l'équilibre et s'élève à 194 millions d'euros en 2021 dont 171 millions au titre de la dotation annuelle de fonctionnement, 0,8 millions d'euros au titre du fond d'intervention régional et 16 millions d'euros au titre des mesures « Ségur » et de l'investissement⁵².

Le budget de l'EPS Ville-Evrard montre un excédent structurel qui s'est globalement accru sur les quatre dernières années. L'établissement présente un résultat positif de ses comptes financiers de : 1,4 millions d'euros en 2019, 1,8 millions d'euros en 2020, 6,6 millions en 2021.

Ces excédents ont deux raisons principales. La première raison a valeur plutôt positive qui trouve son origine dans l'évolution favorable durant la période 2018-2022 de la dotation annuelle de fonctionnement. Le second facteur est quant à lui plus négatif car il est lié aux économies réalisées suite aux difficultés de recrutement.

En tout état de cause, nous sommes face à un établissement qui dispose d'importantes ressources stables ainsi que d'une capacité d'emprunt qui pourront servir à financer les

⁵² Source : direction financière de l'EPS Ville-Evrard

investissements. D'autre part, des subventions pourront financer une partie des investissements.

Le deuxième axe est celui de la reconversion des deux PRDI. Cette opération va prendre la forme d'un redéploiement des crédits sanitaires vers une enveloppe médico-sociale. Ce sont, en effet, 22 lits issus de deux PRDI qui vont servir à la création des places médico-sociales du futur pôle. Il est possible de parler ici de fongibilité en ceci que ce terme fait référence à la capacité de substituer une ressource par une autre sans qu'il y ait d'impact significatif sur la finalité ou l'objectif poursuivi. Dans le cadre de la création du pôle médico-social, les moyens de deux PRDI vont se trouver transférer⁵³.

Le troisième axe concerne l'appel à manifestation d'intérêt auquel l'établissement va se pourvoir. L'annonce de l'ARS qui souhaitait voir développer le nombre de places médico-sociales à l'EPS Ville-Evrard va se concrétiser sous cette forme. Mon projet va effectivement dans ce sens puisqu'il crée 40 places (10 MAS et 30 EAM). Ce calibrage se justifie au regard d'une part des besoins et des tailles en terme de places des structures au regard d'établissements similaires. L'autorisation accordée, au-delà des produits de la tarification que les structures percevront, permettra de solliciter des subventions de fonctionnement notamment auprès de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

L'enjeu consiste à présenter un prix de journée tant à la MAS qu'à l'EAM qui soit inférieur au montant du prix de journée d'un lit d'hospitalisation. Considérant un taux d'occupation de 95 %, j'ai pu établir le budget prévisionnel de chacune des deux structures. Il en résulte un prix de journée de 314,59 € pour l'EAM et 329,97 € pour la MAS⁵⁴. (Cf. annexe n°11 et n°12). La baisse du coût de prix de journée va permettre d'optimiser la dépense publique.

La différence entre le coût du maintien des patients stabilisés par rapport au coût de 40 places en MAS ou en EAM s'établit de la manière suivante :

⁵³ INSTRUCTION N°DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/266 du 21 décembre 2018 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

⁵⁴ La baisse du prix de journée de la MAS de l'EPS Ville-Evrard est principalement dû à une économie d'échelle générée par le passage de 30 à 40 places. Le prix de journée de l'EAM est moindre car le taux d'encadrement est moins élevé.

Coût journalier de 40 lits d'hospitalisation	Coût journalier de 30 places d'EAM	Coût journalier de 10 places de MAS
24 088 €	9 437 €	3 300 €
Total : 12 737 €		

En se basant sur la création de ces 40 places à destination de patients accueillis actuellement au sein d'unités de soin, une amélioration des dépenses publique surviendra à compter de 2026 et s'élèvera, chaque jour, à 11 351 €.

2.4.3 Un projet architectural au service du projet de vie et pour une qualité de vie des personnes accueillies

L'EPS Ville-Evrard dispose de locaux vacants dans sa partie la plus ancienne. Comme indiqué dans la partie 2.1.1, il y a un intérêt à installer à cet endroit l'EAM et le FAM. De surcroît, c'est une manière de créer de la stabilité pour les personnes accueillies en PRDI qui sont elles aussi installées au cœur de Ville-Evrard. Elles connaissent ces lieux depuis plusieurs années et ont pu exprimer, auprès des équipes, leur envie de rester sur le site de Neuilly-sur-Marne.

Le projet architectural va consister à implanter les 40 places de MAS et les 30 places d'EAM dans cette partie libre de l'hôpital. Pour la MAS, deux bâtiments vont être rénovés et deux vont être créés afin d'avoir suffisamment de surfaces pour accueillir les 4 unités de vie qui se situeront toutes en rez-de-chaussée. Dans la population actuellement à la MAS, des résidents ont des difficultés à se déplacer. Pour l'EAM, c'est un bâtiment qui va être rénové et un autre qui va être créé.

Pour chacune des deux structures, le projet immobilier va être identique : le bâtiment rénové (A) se trouvera face à un bâtiment créé (B). Le bâtiment A et le bâtiment B sont joints l'un à l'autre par une longère permettant des accès aux jardins et une circulation entre les deux bâtiments. Les bâtiments A construits entre 1865 et 1868, date à laquelle « l'asile de Ville-Evrard » s'est ouvert comportent un rez de chaussée et un étage. La MAS et l'EAM seront constitués respectivement de quatre unités de vie et trois unités de vie. Chaque unité de vie accueillera dix résidents. La MAS et l'EAM vont se jouxter et seront communicants et ce afin de favoriser la transversalité et les échanges entre les deux structures. L'évolution de certains résidents pourra, parfois, justifier une admission dans l'autre ESMS. Cette proximité sera un facteur facilitateur.

L'enjeu de la rénovation va résider dans le fait de ne pas enfermer la conception dans la structuration existante. Afin d'éviter cet écueil, je pense qu'il est primordial de faire appel à un cabinet d'architecte ayant une expérience dans la conception architecturale d'une structure médico-sociale. En effet, il s'agit de construire un lieu de vie et non pas réhabiliter un lieu de soin. Ce lieu de vie devra correspondre aux besoins de personnes atteintes d'un handicap psychique en n'excluant pas que la mobilité de certains puissent être affectée. Outre le degré de handicap, c'est également la question des conséquences des troubles du comportement qu'il faudra envisager. Il s'agit d'assurer tant la sécurité des résidents et des professionnels que l'intégrité du bâtiment et des installations. Les troubles du comportement s'expriment par les gestes mais ils s'expriment aussi de manière acoustique. Les nuisances sonores peuvent générer des tensions chez les résidents et les professionnels. Il faudra privilégier le confort des résidents en faisant preuve d'une attention particulière à l'isolation phonique. Je pense qu'un accès privilégié à un endroit sécurisé à l'extérieur est un moyen de faire redescendre les tensions.

A défaut d'imaginer la répartition précise des pièces, je souhaite élaborer un cahier des charges à destination du cabinet d'architecte. Ce cahier des charges va contenir l'ensemble des éléments servant la conception du projet immobilier. Chacune des unités de vie devra articuler des espaces de vie individuelle et des espaces de vie collective. Dans chaque unité, il y aura donc dix chambres individuelles comportant chacune une salle de bain et des toilettes. La partie collective de l'unité de vie comportera des espaces tels la salle à manger, la cuisine, une salle d'activité, un salon de repos et une lingerie. En outre, les deux bâtiments de la MAS et de l'EAM auront des locaux supplémentaires partagés entre les différentes unités de vie : salle snoezelen, balnéothérapie. Enfin, nous retrouverons dans des locaux non accessibles aux résidents, à destination des professionnels : local technique, infirmerie, salle de repos des professionnels, bureaux, salle de réunion.

Tous ces aménagements feront l'objet d'une discussion avec le cabinet d'architecte. Il me semble néanmoins que la conception architecturale des pavillons d'hospitalisations créés entre 1865 et 1868, comportent peu de mur porteurs favorisant ainsi la création et l'aménagement des espaces intérieurs. Cette possibilité se vérifie sur les plans de coupes présentant la répartition actuelle de ces anciennes unités de soins aujourd'hui inoccupées. Cette diminution des contraintes architecturales permettra donc de rénover les bâtiments A de la MAS et de l'EAM pour créer des lieux de vie qui favorisent le bien-être des résidents et ce au sens des recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par l'ANESM dans le guide sur la qualité de vie en MAS-FAM,

volet II (ANESM, 2013 : 19-21). De la même manière, la création des bâtiments B devra tenir compte de cette finalité.

2.5 Indicateurs d'efficience et perspectives

L'évaluation des performances du pôle médico-social repose sur la mise en place d'indicateurs pertinents qui permettent de mesurer différents aspects de son fonctionnement. Les indicateurs présentés ci-dessous n'ont pas lieu d'être exhaustif. Néanmoins, je vais présenter des indicateurs essentiels regroupés par catégories et selon deux échéances. La première échéance, à moyen terme, couvre une période deux à trois ans et une seconde, à long terme, couvre une période de quatre à sept ans. Ils permettent d'évaluer à la fois les objectifs poursuivis par cette création à savoir l'amélioration de l'accompagnement des bénéficiaires et les facteurs de risque soulevés dans ce mémoire (symbiose pôle médico-social, pôles soins et AFT), l'adhésion des professionnels, et la faisabilité financière du projet.

Les indicateurs des Bénéficiaires :

Taux d'occupation égal ou supérieur à 95% en 2028	Long terme
Taux de ré-hospitalisation	Moyen terme
Observance des traitements	Moyen terme
Capacité à mettre en place une procédure de « si-besoin ⁵⁵ »	Moyen terme
Participation des usagers au CVS	Moyen terme
Fréquences des contacts avec la famille et l'entourage	Moyen terme

Les Indicateurs d'Activités :

Capacité de l'EAM et de la MAS à accueillir de manière temporaire des bedblockers de l'EPS Ville-Evrard	Moyen terme
Nombre de consultations réalisées par le pôle CRISTALES pour les bénéficiaires du pôle médico-social	Moyen terme
Nombre de participations à des activités culturelles	Moyen terme
Fréquence de révision des PPI	Long terme

Les indicateurs Financiers :

Capacité à obtenir un équilibre financier	Long terme
Taux d'investissement en équipement	Long terme

Les Indicateurs des Salariés et des IRP :

Taux de participation des salariés au groupe de travail	Moyen terme
Nombre de salariés des PRDI acceptant de basculer dans le pôle	Moyen terme
Nombre de salariés acceptant de s'engager dans un parcours de promotion professionnelle	Moyen terme
Demande de formations émanant des professionnels	Moyen terme
nombre de déclarations d'événements graves et ceux associés aux soins	Moyen terme
Nombre de salariés de l'EPS Ville-Evrard venus suivre une formation dans le pôle médico-social et inversement	Long terme
Taux de fuite des salariés de la MAS et de l'EAM	Long terme
Taux de démission des accueillants familiaux	Long terme
Capacité à pourvoir des postes par recrutement externe	Moyen terme
Taux de participation des accueillants familiaux aux réunions périodiques	Moyen terme
Mise en place d'un DUERP concernant la qualité des aménagements et la sécurité des patients et des salariés	Long terme
Nombre de remontées du CSE à la direction d'événements graves et ceux associés aux soins	Moyen terme

La mise en place d'indicateurs pertinents dans ces cinq domaines permettra au pôle médico-sociale d'évaluer sa performance et d'identifier les domaines nécessitant des améliorations. Ces indicateurs constituent un outil essentiel pour prendre des décisions éclairées et atteindre les objectifs fixés.

⁵⁵ Il s'agit de l'utilisation exceptionnel d'un traitement spécifique en cas de crise. Cette utilisation exceptionnelle devient parfois systématique.

Conclusion

En conclusion, ce mémoire met en lumière les défis auxquels sont confrontés l'EPS Ville-Evrard dans la prise en charge des patients longuement hospitalisés en santé mentale. Le constat d'une perte de chance pour ces patients, qui demeurent hospitalisés malgré leur stabilisation, a conduit à la proposition d'un projet novateur : la création d'un pôle médico-social au sein de l'établissement.

Il s'inscrit dans une évolution globale de la psychiatrie, qui se décentre progressivement du soin psychiatrique pour privilégier les enjeux de santé mentale et améliorer le parcours des personnes. Il répond également aux besoins spécifiques des personnes stabilisées en attente d'une solution médico-sociale, en offrant la possibilité d'être accueillies dans un lieu de vie adapté et sécurisé.

La mise en place du pôle médico-social vise à favoriser le continuum entre le lieu de soin et le lieu de vie, en proposant une offre adaptée à la population identifiée. Ce projet repose sur une articulation entre les champs sanitaire et médico-social, tout en préservant la spécificité de ce dernier, marqué par une culture propre et une prise en compte active de la participation des usagers.

Le processus de création du pôle s'est décliné autour des besoins actuels du public en proposant des places de MAS, d'EAM et en restructurant les AFT. Ces besoins sont en évolutions et le pôle médico-social va avoir pour ambition de s'y adapter. Les hospitalisations longues constituent une donnée très visible et quantifiable. Considérant qu'aujourd'hui la majeure partie des suivis s'effectuent en ambulatoire, le pôle médico-social aura pour enjeu de se projeter vers les bassins de vie des personnes accompagnées. Aussi, pour ambitieux qu'il puisse paraître et même compte tenu de sa temporalité longue de mise en place, ce pôle a vocation à aller plus loin.

Au même titre que les équipes mobiles psychiatrie-précarité, une équipe mobile du pôle médico-social exportera son savoir-faire pour fluidifier les parcours des personnes et ce à partir de leur bassin de vie. Les trois vignettes ont pu décrire combien l'entourage a pu se trouver démuné et comment l'hospitalisation a compensé l'absence de projet viable. Une coordination accrue d'une structure de soin ambulatoire et d'une équipe à même de coordonner un parcours médico-social et privilégiant l'aller-vers, aurait peut-être pu éviter une hospitalisation ou tout du moins qu'elle ne dure au-delà du nécessaire.

Le pôle médico-social axé pour l'instant vers un public nécessitant une prise en charge médicalisée pourra ainsi s'ouvrir à un public plus autonome et envisager la création de nouvelles structures pour permettre au sein du pôle une offre de service plus complète et graduée.

Il s'agit d'une piste, cependant il en existe d'autres tant il y a une variété de besoin dans le champ de la santé mentale. Le pôle médico-social doit agir comme vecteur de transition vers des solutions médico-sociales adaptées. Il doit constituer une réponse concrète aux enjeux actuels de la prise en charge en santé mentale et s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue au service du public.

Bibliographie

Articles, publications :

Chapireau, F. (2007). L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XXème siècle. Dans M. Colfedy (coord.), *la prise en charge de la santé mentale* (p. 127-143). La documentation Française

Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2014). *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminantes de la variabilité territoriale*. Questions d'économie de la santé, n°202, octobre.

Demailly, L. (2011). Le soin du trouble psychique. Dans L. DEMAILLY (Dir.) *Les politiques de psychiatrie et santé mentale en Europe, incertitudes et perspectives*. Revue sociologie santé, 34.

Handicap : en Seine-Saint-Denis, l'offre médico-sociale est trois fois inférieure à la moyenne. (15/03/23). Consulté sur : <https://www.ash.tm.fr/handicap-en-seine-saint-denis-loffre-medico-sociale-est-trois-fois-inferieure-a-la-moyenne-740747.php>

Lettre d'information du conseil départemental de la Seine-Saint-Denis publiée le 15 mars 2023. *Handicap : le Département de la Seine-Saint-Denis demande un Plan de rattrapage*. Consulté sur <https://seinesaintdenis.fr/Handicap-le-Departement-de-la-Seine-Saint-Denis-demande-un-Plan-de-rattrapage>

Makdessi, Y. (2012). *Maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé, similitudes et particularités*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n°123, octobre

PRS 2023-2028 : 6 axes pour améliorer la santé des Franciliens. Publié le 25 juillet 2023 et consulté sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/prs-2023-2028-6-axes-pour-ameliorer-la-sante-des-franciliens>

Santé mentale, (26 janvier 2023). *Crise de l'attractivité en psychiatrie : état des lieux et perspectives par Frank Bellivier*. Consulté sur <https://www.santementale.fr/2023/01/crise-de-lattractivite-en-psychiatrie-frank-bellivier-dresse-un-etat-des-lieux-et-des-perspectives/>

Ouvrages :

Bonnet, C. (2011). *L'accompagnement en santé mentale*. Edition Eres.

Chauvière, M. (2011). Le dernier des directeurs. Dans F. Batifoulier (dir.), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale* (p. 37-58). Dunod.

Foudriat, M (2011). *Sociologie des organisations* (3^{ème} éd). Pearson.

Guaquère, D. (2011). Stratégie territoriale et management. Dans F. Batifoulier (dir.), *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale* (p. 203-218). Dunod.

Loubat, J-R (2020). *Optimiser les ressources des organisations en action sociale et médico-sociale*. Dunod.

Rapports :

ANAP (2014). *L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques, retours d'expérience de reconversions ou de créations*. Consulté sur : <https://anap.fr/s/article/parcours-publication-2494>

ANESM (2008). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Consulté sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf

ANESM (2013). Personnes handicapées, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qualité de vie en MAS-FAM, volet I. Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté. Consulté sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835860/fr/programme-qualite-de-vie-en-maison-d-accueil-specialisee-mas-et-en-foyer-d-accueil-medicalise-fam

ANESM (2013). Personnes handicapées, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qualité de vie en MAS-FAM, volet II. Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs. Consulté sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-qualite_de_vie_en_mas-fam_volet_2_decembre_2013.pdf

Cour des comptes (décembre 2011). L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" [2005-2010].

Cour des comptes (février 2021). *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*. Consulté sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>

Couty, E. (2009). *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Consulté sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>

DREES. (2021). *Les établissements de santé, édition 2021. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*.

DREES. (2022). *Les établissements de santé, édition 2022. Les patients suivis en psychiatrie*.

DREES. (2022). *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, édition 2022*.

Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. Consulté sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_laforcade_mission_sante_mentale_oct_2016.pdf

Ministère de la santé et de la prévention, (mars 2023). *Synthèse du bilan de la feuille de route, santé mentale et psychiatrie*. Consulté sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/synthese-du-bilan-de-la-feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-au-3-mars>

MNASM, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (juin 2011). *Guide pour une démarche plurielle de conduite de changement : Comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie*.

Nicolle, B. (mai 2022). *Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique* (Rapport de la Fondation Jean Jaurès).

Santé publique France (2017). *État des lieux de la santé mentale en France*. Consulté sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

Documents institutionnels :

Correspondance entre l'ARS Ile de France/Direction territoriale 93 et la direction générale de l'EPS Ville-Evrard, le jeudi 4 aout 2022.

Schéma autonomie et inclusion, 2019-2024 du département de la Seine-Saint-Denis.
Consulté sur : <https://ressources.seinesaintdenis.fr/Quatrieme-Schema-departemental-Autonomie-et-Inclusion-en-faveur-des-personnes>

Sites internet :

Chiffres Clés 2021 de l'EPS Ville-Evrard, publication internet : https://www.eps-ville-evrard.fr/fileadmin/user_upload/Fichiers/DCOM/Depliant_chiffres_cles_dec.21_BD.pdf
consulté le 15/12/2022.

santementale.atlasante : <https://santementale.atlasante.fr/#c=indicator&view=map4>
consulté le 10/02/23.

Data.drees.solidarites-sante.gouv.fr :
https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/707_bases-administratives-sae/information/ consulté le 13/02/23

Références juridiques :

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

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

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

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé en France.

Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

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

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

Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021).

Instruction n°DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/266 du 21 décembre 2018 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

Arrêté n°2002-942 de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France, Préfecture de la région d'Ile-de-France.

Liste des annexes

Annexe n°1 : les alternatives à l'hospitalisation à temps plein en 2019 (Source : DREES, les établissements de santé, édition 2021. *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*).

Annexe n°2 : Répartition par structures et par nombre d'actes des unités ambulatoires en 2020 (Source : DREES, les établissements de santé, édition 2021. *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*).

Annexe n°3 : Carte éditée par le PSYCOM sur le parcours en santé mentale.

Annexe n°4 : Prévalence de la représentation du handicap psychique dans les ESMS.

Annexe n°5 : Répartition territoriale des pôles de l'EPS Ville-Evrard et implantation des structures sur le département.

Annexe n°6 : Porte-ouverte sur l'activité d'asinothérapie et des médiations animales.

Annexe n°7 : Illustration de la place de la culture au sein de l'EPS Ville-Evrard.

Annexe n°8 : SWOT de l'EPS Ville-Evrard et du projet.

Annexe n°9 : Implantation du pôle médico-social dans l'EPS Ville Evrard.

Annexe n°10 : Organigramme détaillé du pôle médico-social.

Annexe n°11 : Budget prévisionnel de l'EAM.

Annexe n°12 : Budget prévisionnel de la MAS.

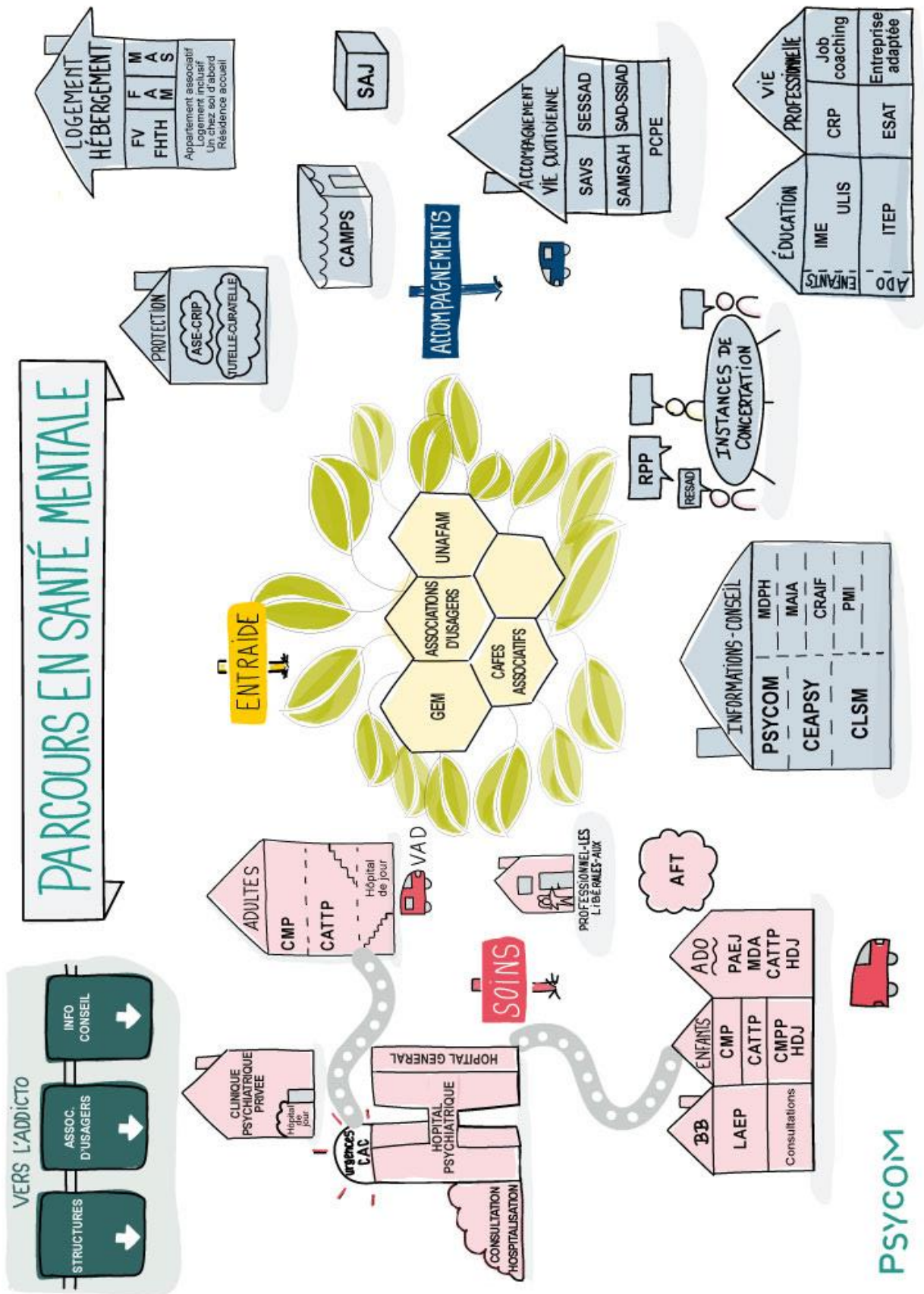
Annexe n°1 : les alternatives à l'hospitalisation à temps plein en 2019 (Source : DREES, les établissements de santé, édition 2021. *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*)

Prises en charge à temps complet en établissements public pour adultes.	Nombre de lits ou de places
Accueil familial thérapeutique	2309
Accueil en centre de postcure	581
Accueil en appartement thérapeutique	831
Hospitalisation à domicile	327
Accueil en centre de crise	428

Prises en charge à temps partiel en établissements public pour adultes.	Nombre de places ou structures
Hôpital de jour	13 598
Hôpital de nuit	631
Atelier thérapeutique (en nombre de structures)	181

Annexe n°2 : Répartition par structures et par nombre d'actes des unités ambulatoires en 2020 (Source : DREES, les établissements de santé, édition 2021. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé)

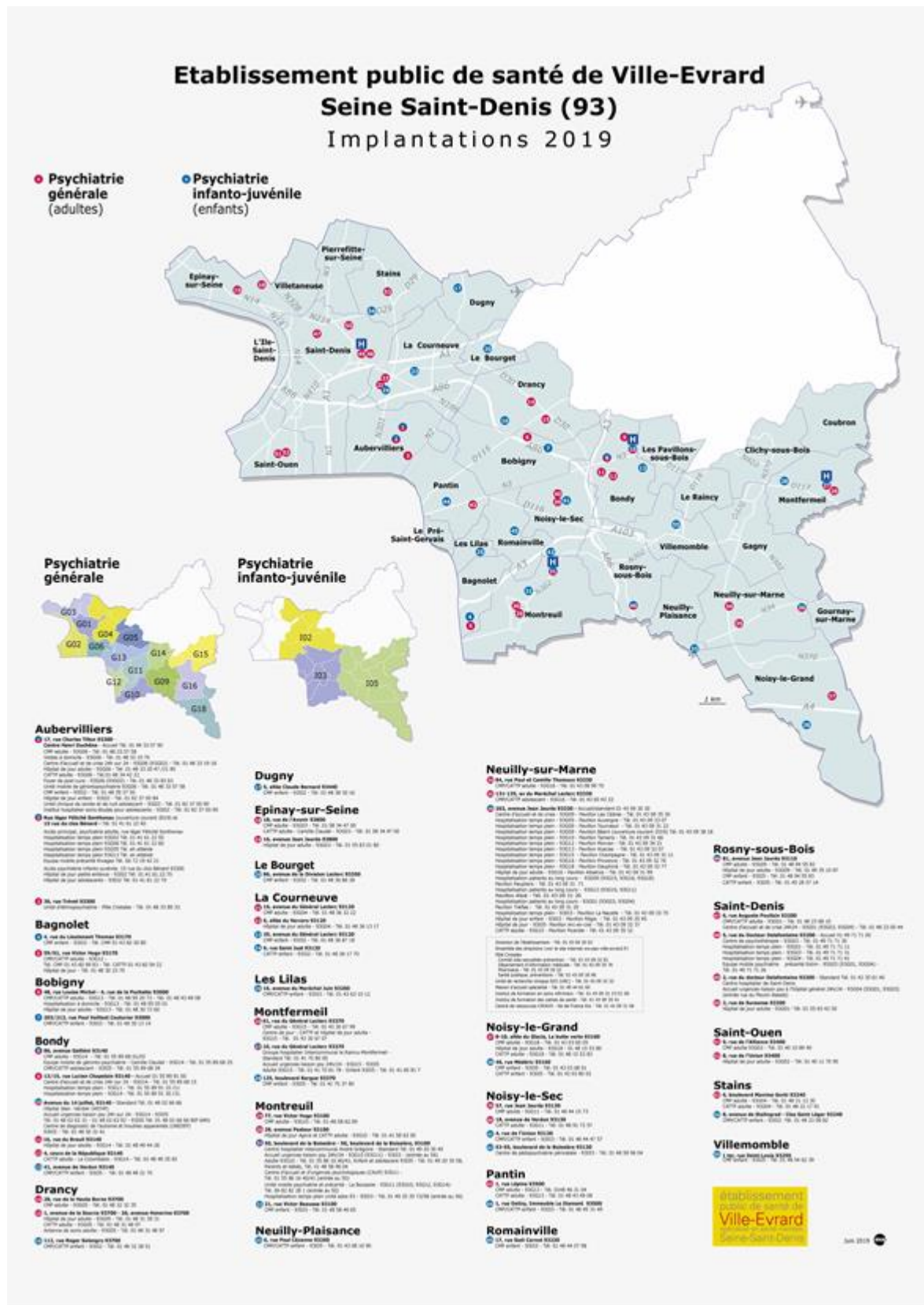
Type de structure ou d'unité de prise en charge ambulatoire	Nombre de structures ou d'unités en 2020	Nombre d'actes en 2020
Centre médico-psychologique	1517	8 219 129
Unité de consultation des services	1242	1 571 401
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	996	1 250 965
Autres formes de prise en charge ambulatoire	Non comptabilisées	2 297 632
Total	3755	13 339 127



Annexe n°4 : Prévalence de la représentation du handicap psychique dans les ESMS

catégorie	Nombre de personnes	Pourcentage avec handicap psychique	Nombre de personne avec handicap psychique
Foyer d'hébergement	37 200	19 %	7 068
Foyer de vie	53 800	19 %	10 222
ESAT	244 700	23 %	56 281
MAS	27 200	13 %	3 536
FAM	25 800	24 %	6 192
CRP	8 900	10 %	890
Autres	6 400	32 %	
SAVS/SAMSAH	52 800	28 %	14 784
Total			92 781

Annexe n°5 : Répartition territoriale des pôles de l'EPS Ville-Evrard et implantation des structures sur le département.



L'Association "Les Z'amis de Nono" et l'EPS Ville Evrard vous invitent à venir découvrir

LA MEDIATION ANIMALE ET LA ZOOTHERAPIE

4EME EDITION

LE SAMEDI 23 SEPTEMBRE
10h - 17h

PROGRAMME :

- **Découverte et rencontres des animaux médiateurs**
- **Expositions de photos, parcours de maniabilité, jeux d'adresse et ateliers créatifs**
- **Buvette, collation, vente de miel et goodies**

  Le Parc aux ânes
202 Avenue Jean Jaurès
93 330 Neuilly sur Marne



L'établissement public de santé de Ville-Évrard vous ouvre ses portes le temps d'un weekend

De 10h à 17h

 Rendez-vous au 202 avenue Jean-Jaurès
93330 Neuilly-sur-Marne

Au programme

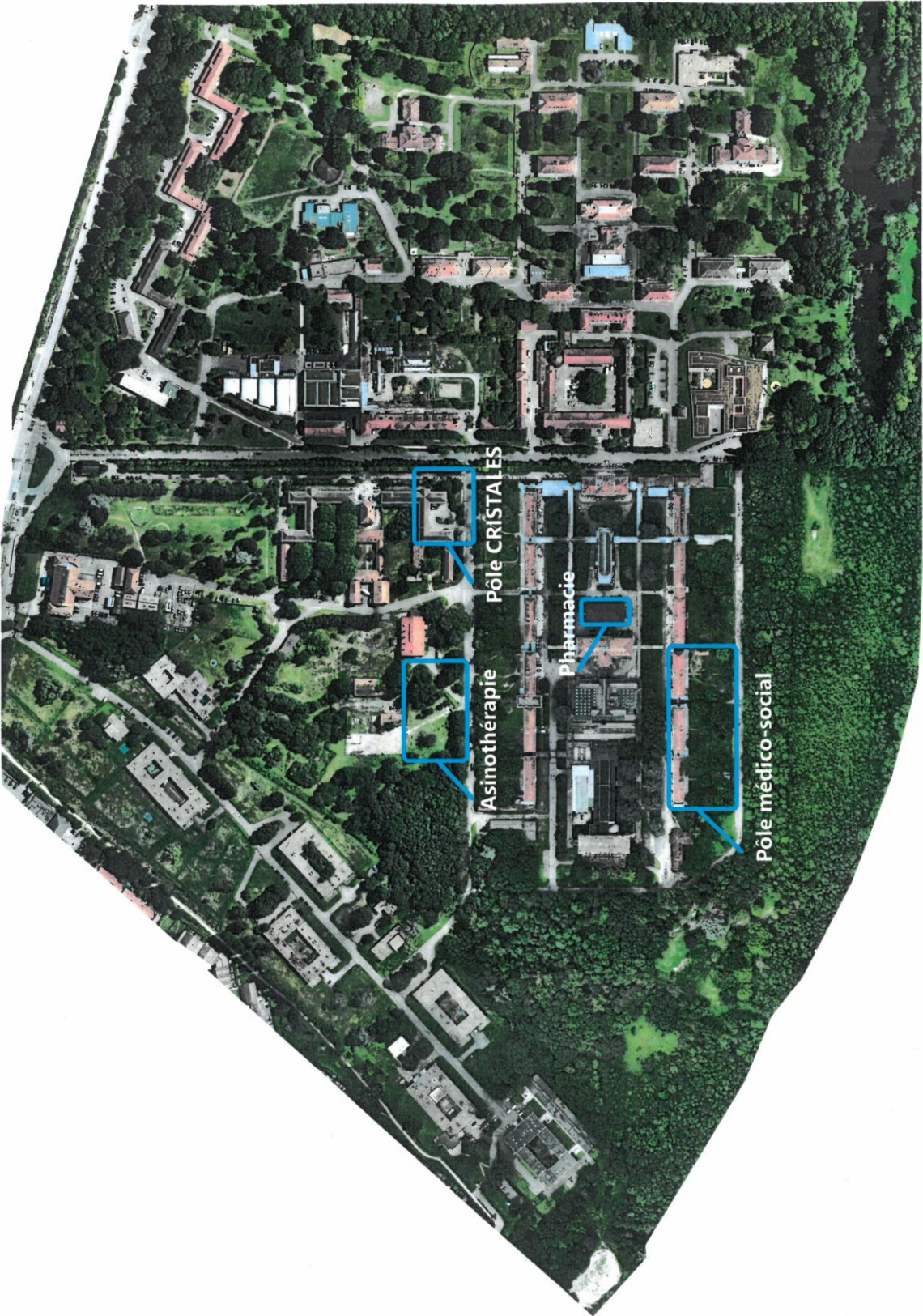
Exposition d'œuvres de patients et photos sur le thème du sport
Découverte d'archives
Exposition « Formes du sommeil »
Projet « Percées sur les traces de l'ancien asile »
Opération seconde vie
Atelier médiation animale
Ouverture du musée de la psychiatrie
Visite guidée et commentée des sites historiques de l'hôpital (sur inscription)
Performances artistiques « Makina asile exils » et « Qu'est-ce qui se passe quand ? »
Possibilité de restauration sur place

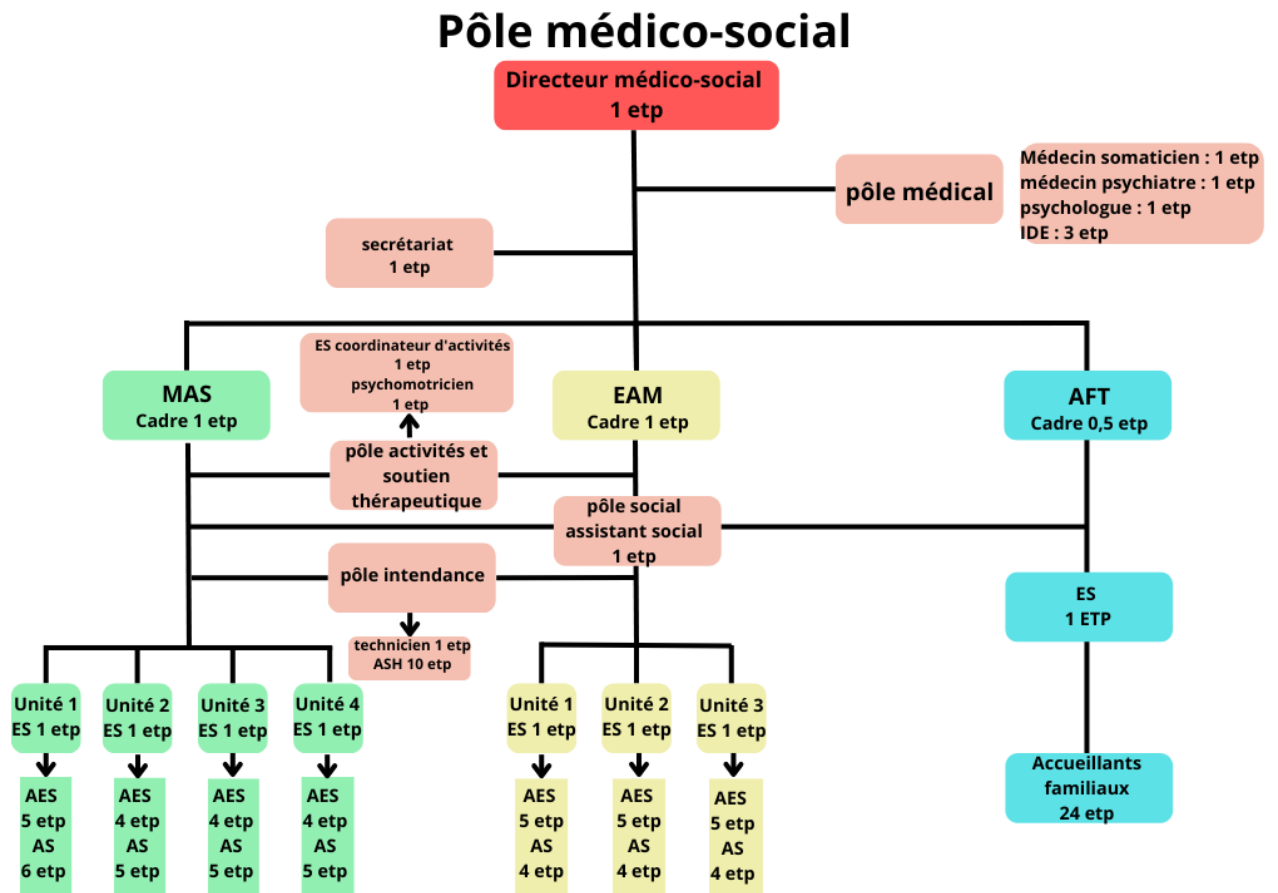


Annexe n°8 : SWOT de l'EPS Ville-Evrard et du projet

FORCES	FAIBLESSES
<p>Projet d'établissement en cours de finalisation avec un accent sur le médico-social</p> <p>Volonté de créer des places médico-sociales</p> <p>Moyens financiers liés à budget excédentaire</p> <p>Surfaces foncières disponibles et modulables</p> <p>Moyens en termes de formation très importants sur la santé mentale</p> <p>1 MAS</p> <p>1 AFT</p> <p>Haut niveau de qualification des professionnels y compris à la MAS</p> <p>Beaucoup d'activité individuelles et collectives sur l'extérieur, Asinothérapie, Service des sports adaptés</p> <p>Développement d'un pôle culture dans l'EPS (troupe théâtre, salle d'expo...)</p> <p>Service de soins somatiques (pôle CRISTALES + conventions ESMS</p> <p>Pair-aidance et patients experts</p>	<p>Culture sanitaire majoritaire</p> <p>Disparités au niveau des chefs de pôle dans l'accompagnement non médical des personnes</p> <p>Des taux de vacances de postes de 15% sur certaines professions</p> <p>Rupture parcours pour les sortants de EPS relevant de dispositifs ESMS</p> <p>Un agrément MAS qui ne correspond pas aux personnes en HLD stabilisées en raison de l'histoire de l'ouverture de cette MAS</p> <p>MAS isolée par rapport aux pôles</p> <p>Dialogue social tendu/complexe</p>
OPPORTUNITES	MENACES
<p>MDPH ARS demandeuses, volonté affirmée d'augmenter le nombre de place MS à Ville-Evrard</p> <p>CD moteur dans la création de places</p> <p>Plan territorial de santé mentale devenu contrat territorial santé mentale : ARS CD ESMS...</p> <p>Projet régional de santé en réécriture sur l'Ile de France qui va intégrer le volet médico-social</p> <p>Notoriété partenariale en amélioration</p>	<p>Offre médico-sociale trois fois inférieure à la moyenne sur le 93</p> <p>Faible attractivité du 93 pour les professionnels</p> <p>Incitations à la désinstitutionalisation</p> <p>Moratoire sur le nombre de places dans les structures Belges</p>

Annexe n°9 : Implantation du pôle médico-social dans l'EPS Ville Evrard





Annexe n°11 : Budget prévisionnel de l'EAM.

LIBELLÉS		BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE
GROUPE 1 : Exploitation courante		972 220
60	Achats stockés et non stockés	206 550
61	Service extérieurs	14 900
62	Autres services extérieurs	750 820
GROUPE 2 : Personnels		2 230 800
62	Personnel extérieur, honoraires	1000
63	Impôts et versements assimilés sur rémunérations	290 850
64	Charges de personnel	1 938 950
GROUPE 3 : structure		399 400
61	Services extérieurs	56 900
65	Autres charges de gestion courante	0
66	Charges financières	69 500
68	Dotations aux amortissements	273 000
TOTAL DÉPENSES D'EXPLOITATION		3 602 420
GROUPE 1 : Produits tarification		3 272 420
73	Produits des tarifications	
	• Hébergement	1 308 968
	• Soins	1 963 452
GROUPE 2 : autres produits d'exploitation		300 000
708	Produits des activités annexes	
74	Subventions d'exploitations et remboursements	300 000
GROUPE 3 : Produits financiers, exceptionnels ou non encaissables		30 000
777	Quotes-parts des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	30 000
TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION		3 602 420

Activité prévisionnelle en nombre de jours	10 402
Prix de journée de l'EAM	314,59 €

Annexe n°12 : Budget prévisionnel de la MAS.

LIBELLÉS		BUDGET PREVISIONNEL PROPOSE
GROUPE 1 : Exploitation courante		1 296 300
60	Achats stockés et non stockés	275 400
61	Service extérieurs	19 900
62	Autres services extérieurs	1 001 000
GROUPE 2 : Personnels		2 723 790
62	Personnel extérieur, honoraires	1050
63	Impôts et versements assimilés sur rémunérations	355 140
64	Charges de personnel	2 367 600
GROUPE 3 : structure		886 560
61	Services extérieurs	75 900
65	Autres charges de gestion courante	0
66	Charges financières	92 700
68	Dotations aux amortissements	717 960
TOTAL DÉPENSES D'EXPLOITATION		4 906 650
GROUPE 1 : Produits tarification		4 576 650
	Produits des tarifications	
73	• Produits à la charge de l'assurance maladie	4 576 650
GROUPE 2 : autres produits d'exploitation		300 000
708	Produits des activités annexes	
74	Subventions d'exploitations et remboursements	300 000
GROUPE 3 : Produits financiers, exceptionnels ou non encaissables		30 000
777	Quotes-parts des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	30 000
TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION		4 906 650

Activité prévisionnelle en nombre de jours	13 870
Prix de journée de la MAS	329,97 €

SCORDIA

Loïc

Novembre 2023

Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARIF-Social

CREER UN PÔLE MEDICO-SOCIAL DANS UN HÔPITAL SPECIALISE EN SANTE MENTALE

PERMETTRE UN CONTINUUM D'ACCOMPAGNEMENT ENTRE LIEUX DE SOINS ET LIEU DE VIE POUR DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE STABILISE

Résumé :

L'EPS Ville-Evrard est le premier acteur public de soin en santé mentale sur le département de la Seine-Saint-Denis et le deuxième plus important de France. Cet hôpital accueille, entre autre, des patients longuement hospitalisés, stabilisés, ayant une orientation MDPH mais qui compte tenu du manque de solution d'aval ne sont pas accueillis en structures médico-sociales.

Le public visé de plus de cinquante personnes aujourd'hui, subit une perte de chance significative à être considéré comme patient alors qu'ils relèvent d'un lieu de vie. Elles perdent en capacités, en autonomie et en socialisation. Elles ne peuvent élaborer leur projet de vie.

Fort du soutien des autorités de tarification et de contrôle et de la direction de l'établissement, je propose la création d'un pôle médico-social qui consiste en l'extension de la MAS existante, la création d'un EAM et l'adjonction du service d'AFT déjà existant.

Ce pôle au sein de l'EPS viendra concrétiser la continuum sanitaire-médico-social impulsé par la loi HPST. Il nécessitera de créer une culture pour partie commune entre professionnels du sanitaire et professionnels du médico-social, pour permettre aux bénéficiaires un parcours sécurisé, respectueux de leurs choix et porteur d'autonomie.

Mots clés :

PSYCHIATRIE, SANTE MENTALE, PROJET DE SOINS, PROJET DE VIE, HOSPITALISATION LONGUE DUREE, SOLUTION AVAL, PERTE DE CHANCE, MAS, EAM, PÔLE MEDICO SOCIAL, BEDBLOCKER, ACCULTURATION, SEINE SAINT DENIS

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.