



**EHESP**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2007 -2009**

Date du Jury : **mars 2009**

---

**Le handicap psychique : renforcer  
l'articulation des prises en charge  
sanitaires, sociales et médico-sociales  
en Côte d'Or**

---

**Agnès GAUDILLAT**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier mon maître de stage, Madame Jacqueline BORSOTTI, inspectrice au service « politiques de santé » à la DDASS de Côte d'Or

Ensuite je tiens à remercier également toutes les personnes rencontrées, pour la disponibilité dont elles ont fait preuve et pour le temps qu'elles m'ont consacré.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Le handicap psychique : un handicap aux multiples facettes qui nécessite des prises en charge coordonnées.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Le handicap psychique, de par ses spécificités, induit des besoins variés.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 La reconnaissance du handicap psychique .....	5
1.1.2 Les personnes souffrant de handicap psychique ont des besoins qui relèvent de plusieurs dimensions. ....	6
<b>1.2 Un dispositif de prise en charge vaste mais cloisonné .....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Le dispositif sanitaire .....	8
1.2.2 Le dispositif social et médico-social.....	10
1.2.3 La séparation des acteurs.....	11
<b>1.3 Une volonté des pouvoirs publics de décroisonner les politiques.....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Les prémices d'un décroisonnement.....	14
1.3.2 Une politique de santé mentale repensée .....	16
1.3.3 Des dispositifs juridiques récents qui encouragent à l'articulation entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. ....	17
<b>2 L'analyse des modalités de prise en charge du handicap psychique en Côte d'Or.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Etat des lieux au regard du dispositif existant .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Le dispositif traditionnel sanitaire, social et médico-social.....	23
2.1.2 Des initiatives pour apporter des réponses globales dans la prise en charge des personnes. ....	24
<b>2.2 Des instances locales soucieuses d'une politique de santé mentale cohérente.....</b>	<b>31</b>
2.2.1 La politique régionale.....	31
2.2.2 La politique départementale.....	33
<b>2.3 Une volonté de dialogue entre les acteurs de terrain pour pallier les insuffisances du dispositif existant.....</b>	<b>35</b>
2.3.1 Un dispositif de prise en charge encore insatisfaisant.....	35
2.3.2 La volonté des acteurs de terrain de travailler en partenariat.....	38

<b>3</b>	<b>Eléments de réponses et perspectives d'évolution pour une articulation des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en Côte d'Or.....</b>	<b>43</b>
3.1	<b>La nécessité d'évaluer les besoins pour apporter une réponse adaptée. ....</b>	<b>43</b>
3.1.1	Evaluation quantitative .....	43
3.1.2	Evaluation qualitative.....	44
3.2	<b>Améliorer la connaissance réciproque des acteurs .....</b>	<b>45</b>
3.2.1	Diffuser le plus largement possible le répertoire établi par le groupe de la CRCSM .....	46
3.2.2	Encourager les formations communes .....	46
3.3	<b>Le développement de travail en partenariat .....</b>	<b>47</b>
3.3.1	Les coopérations. ....	47
3.3.2	Le développement de structures par des associations, en collaboration avec l'EPSM .....	48
3.4	<b>La création des Agences Régionale de Santé (ARS): vers une meilleure articulation des politiques de prise en charge ? .....</b>	<b>51</b>
	<b>Conclusion .....</b>	<b>53</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS : Agence Régionale de Santé  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CAT : Centre d'Aide par le Travail  
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CDSM : Conseil Départemental en Santé Mentale  
CH : Centre Hospitalier  
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CIF : Classification Internationale du fonctionnement humain, de la santé et du handicap  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CNOSS : Comité National d'Organisation Sanitaire et Sociale  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CRCSM : Commission Régionale de Concertation en Santé Mentale  
CROS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire  
CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale  
CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale  
CSP : Code de la Santé Publique  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DRSM : Direction Régionale du Service Médical  
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale  
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé  
FICQS : Fonds d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins  
FNAPSY : Fédération Nationale de Patients en Psychiatrie  
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale  
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle  
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en direction des personnes en situation de précarité

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRSP : Programme Régional de Santé Publique

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux

URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

## Introduction

L'évocation de la maladie mentale est encore souvent associée dans les représentations collectives à l'image du fou, incohérent, dérangent, en crise, source d'angoisse et qu'il faut à tout prix enfermer.

La maladie mentale est une affection qui perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne, de façon suffisamment forte pour rendre son intégration sociale problématique. Les grandes classes de maladie mentale sont les psychoses, les névroses, les troubles de la personnalité, de l'humeur et les troubles des conduites alimentaires.

La prévalence de la maladie mentale au sein de la population générale est forte : 15 à 20% de trouble mentaux diagnostiquables selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soit, en termes de nombre d'invalidités reconnues, deux fois plus que le cancer et autant que les maladies cardio-vasculaires.

Il existe un minimum incontestable de 1% de la population atteinte de schizophrénie et de psychose maniaco-dépressive et on évalue à 2,8% le nombre de personnes atteintes d'un syndrome d'allure psychotique. Si l'on prend en compte les névroses les plus graves, l'estimation varie de 3 à 5% de la population atteinte de pathologies psychiatriques. Par ailleurs, 40% de la population ressentirait une souffrance psychique.<sup>1</sup>

Les maladies à caractère psychotique, essentiellement les schizophrénies sont l'exemple type des problèmes rencontrés en psychiatrie. Les maladies psychiatriques se révèlent chroniques, difficiles à soigner, alternant périodes de crise et périodes de rémission.

Si pendant de nombreuses années, la seule réponse que la société pouvait apporter à ces personnes était l'enfermement dans un asile d'aliéné, l'instauration de la sectorisation psychiatrique par la circulaire du 15 mars 1960<sup>2</sup>, a été une avancée dans la volonté des pouvoirs publics de sortir de l'hospitalo-centrisme. La sectorisation avait pour objectif d'organiser le soin des malades et la prévention autour de lieux de consultations implantés dans la cité, au plus près du domicile des patients. Il s'agissait alors de soigner « hors les murs », dans la cité.

---

<sup>1</sup> DREES, Etudes et résultats, troubles mentaux et représentations de la santé mentale, premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale n°347, octobre 2004

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

Vingt cinq ans après, la loi du 25 juillet 1985<sup>3</sup> lui a donné une base légale. En parallèle le nombre de lits d'hospitalisation a fortement diminué et l'hôpital n'a plus que vocation à soigner la crise.

Différents rapports<sup>4</sup>, publiés ces dernières années, mettent l'accent sur le déficit de réponses apportées aux besoins des personnes (13 000 patients seraient hospitalisés, en psychiatrie, en l'absence d'autres solutions) dans le domaine du soin, mais aussi de l'hébergement et de l'accompagnement. Les usagers et les familles, regroupés en associations, se sont portés demandeurs d'une évolution des modalités de prise en charge et on fait émerger la notion de handicap psychique<sup>5</sup>. Cette reconnaissance a permis « de faire exister une population »<sup>6</sup>, mais aussi de montrer que le handicap psychique relève de deux modes de prise en charge : le secteur sanitaire, régi depuis 1970 par les lois hospitalières, pour la maladie psychiatrique et le secteur social et médico-social, régi par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005, pour le retentissement de la maladie sur la vie sociale.

De nombreux ouvrages<sup>7</sup> relèvent que la loi hospitalière du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, a jeté les bases d'un secteur social et médico-social autonome. Cette loi a posé le principe du recentrage de l'hôpital sur les seules activités de soins. Mais, dans le contexte de l'époque, il était fréquent que les hôpitaux gèrent aussi de nombreux foyers et hospices accueillant des publics fragiles, ne relevant pas d'une prise en charge sanitaire. Un décret, qui n'est jamais paru, devait déterminer la liste des établissements à caractère social qui deviendraient autonomes. Ce n'est que cinq ans plus tard, avec la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales qu'est né le secteur social et médico-social. L'action sociale et médico-sociale est ainsi définie par la loi du 2 janvier 2002 « *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets.* » Il ressort de nombreux ouvrages que cette loi est à l'origine de la séparation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

---

<sup>3</sup> Loi 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social

<sup>4</sup> Rapport Charzat (2002) rapport Clery-Melin (2003), rapport Piel et Roelandt (2001)

<sup>5</sup> Livre blanc santé mentale des partenaires en santé mentale France 2001

<sup>6</sup> Expression tirée du livre blanc en santé mentale

<sup>7</sup> M. JAEGER l'articulation du sanitaire et du social, travail social en psychiatrie, 2006, éditions DUNOD



Cette logique de secteurs distincts doit aujourd'hui être reconsidérée car il est difficile d'apporter des réponses ajustées, en termes de prise en charge, à des besoins multiples, qui dépassent les grandes catégories : personnes handicapées, malades, personnes en situation de précarité.

Ceci est d'autant plus vrai en ce qui concerne les personnes souffrant de troubles psychiques qui, si elles ont besoin de soins permanents, ont aussi des besoins en termes de logement, de travail et d'accompagnement social. Par ailleurs, force est de constater que la précarité peut être à la fois source ou facteur aggravant de troubles psychiques, traités ou non.

Ainsi, les besoins des personnes pour leur vie quotidienne et leur participation sociale ne peuvent trouver de réponses dans les actions de soins seules. Parallèlement, le besoin de soin est permanent, et aucun accompagnement ne peut être efficace sans l'assistance des équipes de psychiatrie.

La question de l'articulation des prises en charge est donc aujourd'hui une préoccupation majeure de nos politiques. Différents textes et rapports vont dans ce sens, ainsi, la loi du 2 janvier 2002 a prévu une section réservée aux coopérations et réseaux pour stimuler les complémentarités entre établissements et services par la mise en place d'une palette diversifiée de formules.

Le premier plan psychiatrie santé mentale de novembre 2001 avait déjà consacré un de ses axes au développement de partenariats entre les différents acteurs de santé mentale avec, pour objectif, la diversification des modes de prise en charge et l'optimisation des circuits, pour mieux répondre aux besoins des personnes et favoriser la continuité des soins. Le second plan psychiatrie santé mentale 2005-2008 promeut la complémentarité des réponses apportées par la psychiatrie et les dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Malgré cela, même si les choses tendent à s'améliorer, force est de constater que subsistent encore des difficultés dans la prise en charge des personnes handicapées psychiques.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale (IASS) a un rôle d'animation des politiques et doit être le garant de la cohérence des différents dispositifs sanitaires et sociaux. Ses missions s'exerçant dans une administration qui associe sanitaire et social, il est au cœur même de l'articulation. Même si les différents services qui traitent de la question sont séparés (pôle « politiques de santé » pour les établissements de santé et pôle « social et médico-social » pour les établissements sociaux et médico-sociaux), l'IASS peut faire le lien entre ces services et participer à des groupes transversaux sur un thème donné. Il peut également être l'interface entre les acteurs qui œuvrent dans chaque domaine, et

peut inciter et encourager à des regroupements et un travail en commun des différents partenaires.

Au cours de mon stage au sein du service politiques de santé à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Côte d'Or, la question de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, hospitalisées faute de trouver d'autres solutions, et plus largement la nécessité de trouver des dispositifs d'aval adaptés en psychiatrie, a souvent été évoquée.

Partant de ces constats, ma question de départ était « comment articuler les différents dispositifs pour une prise en charge globale et continue des personnes souffrant de troubles psychiques ».

Lors de la rédaction de ma monographie, j'ai eu l'occasion de rencontrer un jeune schizophrène, qui après plusieurs passages en hospitalisation, était pris en charge en ambulatoire. Cette situation m'a interpellé et a conduit à m'interroger sur les réponses apportées. Il n'a que 23 ans, n'a aucun diplôme et l'appartement qu'il occupe dans une maison communautaire n'est que temporaire.

Afin de tenter d'apporter une réponse à cette problématique, la première étape a été de lire les textes législatifs et réglementaires qui ont trait aux politiques de prise en charge des troubles psychiques. J'ai par la suite consulté divers rapports et ouvrages sur ce thème. J'ai également rencontré différentes personnes dans le département<sup>8</sup>, afin d'appréhender les difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques, mais aussi pour connaître l'existant en termes d'articulation des dispositifs en Côte d'Or.

J'ai également rencontré Monsieur JUHAN, de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) afin d'avoir un éclairage plus large sur les difficultés d'articulation et les dispositifs qui ont pu être mis en place dans d'autres régions.

Dans le cadre de mon stage, j'ai par ailleurs participé à l'instruction du projet d'établissement de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) la Chartreuse à Dijon, ainsi qu'à l'instruction d'un projet de création d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

La première partie de mon mémoire sera consacrée aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques et aux réponses qui leurs sont apportées. Je tenterai ensuite, d'analyser en quoi les dispositifs qui sont mis en place en Côte d'Or sont encore insatisfaisants (II) pour faire des propositions visant à améliorer la prise en charge du handicap psychique par une meilleure articulation des interventions (III).

---

<sup>8</sup> Cf annexe 1 liste des entretiens réalisées et des réunions

# **1 Le handicap psychique : un handicap aux multiples facettes qui nécessite des prises en charge coordonnées.**

## **1.1 Le handicap psychique, de par ses spécificités, induit des besoins variés.**

L'émergence de la notion de handicap psychique (1-1-1) a permis de faire «exister une population » dont les besoins sont variés en termes de prise en charge (1-1-2).

### **1.1.1 La reconnaissance du handicap psychique**

La notion de handicap psychique est apparue dans les années 1960, pour marquer la distinction avec le handicap mental et la maladie mentale.

Toutefois, les lois de 1975<sup>9</sup> en faveur des personnes handicapées ne prévoyaient que trois types de handicap : physique, sensoriel et mental. Aucune allusion n'était faite au handicap psychique. Ainsi, les personnes souffrant de troubles psychiques étaient assimilées aux déficients intellectuels. Ces lois ont suscité une forte opposition des psychiatres qui craignaient que leurs patients ne soient étiquetés et enfermés dans un statut stigmatisant. Pour eux, la maladie est évolutive alors que le handicap est fixe et incurable.

Parallèlement, l'assimilation des personnes souffrant de troubles psychiques aux déficients intellectuels était mal vécue par les personnes concernées et leurs familles.

La fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine<sup>10</sup> a alors fait émerger la notion de « handicap par maladie mentale », rejoignant ainsi la classification internationale des handicaps qui vise le retentissement personnel et social des troubles psychologiques sur les capacités. L'idée était de mettre l'accent sur les conséquences de la maladie et non sur la maladie en elle-même. Il s'agissait de montrer que le handicap n'est pas la maladie, mais ce qui en résulte.

Cette définition avait pour inconvénient de rester ambiguë : handicap ou maladie, mais, faute de mieux un consensus s'est fait sur cette dénomination.

Au début des années 2000, le terme de handicap psychique est de nouveau apparu, à l'initiative d'associations. Au contraire du terme de « handicap par maladie mentale » il avait pour avantage de ne plus faire référence à la maladie et permettait de faire un parallèle avec le handicap physique, reconnu depuis longtemps.

---

<sup>9</sup> Loi 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et loi 75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales

<sup>10</sup> Fédération qui regroupe 300 associations et 130 établissements de soins publics ou privés en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les auteurs du livre blanc en santé mentale<sup>11</sup> ont donné une définition consensuelle du handicap psychique qui repose sur trois points essentiels, qui le différencie du handicap mental :

- Les capacités intellectuelles de la personne peuvent rester vives, contrairement au handicap mental,
- Le handicap psychique demande des soins très importants, alors que pour le handicap mental ils peuvent être marginaux,
- La variabilité des manifestations crée constamment une incertitude qui demande un ajustement incessant des prises en charge. Dans le handicap mental, la fixité des incapacités est davantage compatible avec des solutions durables.

La loi du 11 février 2005, relative à l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a introduit une définition du handicap « *constitue un handicap, au titre de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Cette définition s'appuie sur la classification internationale du fonctionnement humain, de la santé et du handicap (CIF), adoptée par l'OMS en 2001. Elle attribue la cause du handicap aux déficiences et reconnaît que les altérations psychiques sont bien sources de handicap.

Le handicap psychique, ainsi défini, a pour conséquence des besoins variés qui relèvent de plusieurs dimensions.

### **1.1.2 Les personnes souffrant de handicap psychique ont des besoins qui relèvent de plusieurs dimensions.**

Les syndromes psychotiques se caractérisent par la perte de contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu. Les psychoses affectent la communication, la perception et le sens de soi. Elles s'accompagnent de délire et éventuellement d'hallucinations et de repli sur soi. Ces troubles peuvent provoquer la perte des acquis et de l'autonomie.

Le handicap psychique n'a pas nécessairement de manifestation visible et vise plus particulièrement les capacités relationnelles.

---

<sup>11</sup> Livre blanc des partenaires en santé mentale France réalisé par des associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, en 2001

L'isolement est l'un des problèmes majeurs que rencontrent les personnes. La solitude qui en résulte peut aller jusqu'à l'absence de soins les plus élémentaires.

Ainsi, les personnes n'ont pas ou plus les capacités ou les possibilités de participer aux échanges liés à la vie sociale.

La spécificité du handicap psychique réside dans la nécessité de pouvoir articuler la persistance des soins et l'accompagnement social. Les besoins des personnes sont très variés de l'une à l'autre et peuvent même être différents pour une personne tout au long de son histoire.

Si les capacités intellectuelles restent vives, les individus sont d'une extrême vulnérabilité. Les phases d'apragmatisme qui peuvent en résulter, telle que l'incapacité à agir et à décider peuvent aller jusqu'à l'impossibilité de réaliser les actes les plus élémentaires de la vie quotidienne.

Par ailleurs, si le handicap psychique peut être la conséquence d'une maladie mentale et avoir des répercussions sur la vie sociale, à l'inverse, il peut être une réaction à un environnement défavorable. Le lien entre psychiatrie et exclusion sociale tend à être de plus en plus pris en compte. Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) accueillent de plus en plus de malades psychiques ou de personnes qui ont des conduites addictives, qui relèveraient pour la plupart, d'une prise en charge psychiatrique.

Au vu de ces éléments, les besoins des personnes handicapées psychiques peuvent se décliner en cinq items :

- Des besoins de soins de proximité,
- La nécessité d'avoir un hébergement adapté qu'il soit individuel ou collectif, en fonction de l'autonomie et de la capacité de la personne à vivre seule,
- Une aide à la vie quotidienne pour les actes essentiels de l'existence (toilette, habillement, courses, cuisine) mais aussi pour la gestion d'un budget,
- Une formation ou un travail adapté avec un accompagnement ou en milieu ordinaire si possible,
- La possibilité d'avoir une vie sociale pour lutter contre l'isolement.

Par ailleurs, il ne faut pas négliger que la personne qui souffre de troubles psychiques est souvent en déni de la maladie, ce qui la conduit le plus souvent à une situation de « non demande » de soin, d'accompagnement ou de prise en charge.

Ainsi, les personnes relèvent généralement de plusieurs catégories de prise en charge (maladie, handicap, précarité, inadaptation sociale).

Les multiples dimensions de leurs besoins nécessitent l'intervention de différents acteurs, qui doivent travailler en partenariat, pour élaborer ensemble un projet de vie qui va au-delà d'un simple projet de soins.

Si la palette de dispositifs de prise en charge est vaste et s'organise entre divers champs : sanitaire, social et médico-social, force est de constater que ces champs demeurent cloisonnés.

## **1.2 Un dispositif de prise en charge vaste mais cloisonné**

La loi du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière a fixé les grands principes de fonctionnement du secteur public hospitalier. La loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, consacre l'existence autonome du secteur social et médico-social (1-2-2) à côté du secteur sanitaire (1-2-1), créant ainsi une fracture nette entre le champ de la maladie et du soin d'une part et celle du handicap et de l'inadaptation d'autre part (1-2-3).

### **1.2.1 Le dispositif sanitaire**

Les textes relatifs à la sectorisation psychiatrique ont modifié le paysage du soin en psychiatrie en permettant le développement de structures ambulatoires, à côté de l'hospitalisation traditionnelle.

La sectorisation repose sur un découpage en principe égalitaire des départements en secteurs géo-démographiques : un secteur pour 70 000 habitants en psychiatrie générale. La France compte aujourd'hui 829 secteurs. Parallèlement, entre 1989 et 2000 le nombre de lits d'hospitalisation a diminué de 49% passant de 120 000 à 60 000 et s'accompagnant d'un fort développement des structures à temps partiel. Les soins sont aujourd'hui assurés à 85% en ambulatoire et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans. Les durées d'hospitalisation ont également diminué, passant de 86 jours en 1989 à 45 jours en 2000<sup>12</sup>.

Chaque secteur dispose d'une équipe pluridisciplinaire rattachée, à un établissement de soins, qui prend en charge des patients selon des modes et des lieux variés.

---

<sup>12</sup> DRESS- études et résultats – les secteurs de psychiatrie générale en 2000 – évolution et disparités n°342 – octobre 2004

➤ L'ambulatoire

Au centre du dispositif, le centre médico-psychologique (CMP), unité d'accueil et de coordination en milieu ouvert, qui organise des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Les patients sont le plus souvent vus en première intention par le CMP.

Les CMP sont également chargés de coordonner les visites à domicile ou en institutions, effectuées par les équipes de secteur.

➤ L'hospitalisation à temps complet

Les hospitalisations à temps complet, mode traditionnel de prise en charge, peuvent être réalisées dans les établissements publics de santé, qu'ils soient spécialisés ou non, ainsi que dans les établissements privés participant au service public hospitalier. L'hospitalisation se fait dans des unités de soins où les patients sont placés sous surveillance 24h/24. Ces unités de soins, fermées ou ouvertes en fonction des pathologies, sont réservées aux situations aiguës et aux malades les plus lourds et les plus difficiles.

En matière d'hospitalisation à temps complet, on trouve aussi les centres de postcures, unités de moyen séjour, destinés à assurer, après la phase aiguë, la prolongation des soins, ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation, en vue d'un retour à une existence autonome. Les centres de postcures sont généralement installés dans l'enceinte de l'hôpital, mais doivent être clairement différenciés des unités d'hospitalisation.

Les appartements thérapeutiques sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale pour une durée limitée, avec la présence continue de personnel soignant, mis à disposition du patient.

L'hospitalisation à domicile peut également constituer une modalité d'hospitalisation. Enfin, les placements en accueil familial thérapeutique ont pour but de permettre le traitement de personnes dont le retour à domicile ou dans leur famille n'est pas souhaitable.

➤ L'hospitalisation à temps partiel

L'hospitalisation à temps partiel peut être faite en hôpital de jour, où des soins intensifs et polyvalents sont prodigués, sur tout ou partie de la journée ou quelques jours par semaine.

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont pour objectif de maintenir ou de favoriser une existence autonome par des actions de soutien ou des thérapies de groupe. La prise en charge en CATTP est plus discontinue qu'en hôpital de jour et se situe en aval, pour des publics plus stabilisés sur le plan symptomatologique.

Les activités sont orientées vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale. Les équipes soignantes sont en général plus réduites et moins médicalisées.

Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières en vue d'une réinsertion à une activité professionnelle et sociale, qui peuvent être associés à d'autres prises en charge.

Enfin, l'hospitalisation de nuit, s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée, mais qui ont besoin d'une prise en charge thérapeutique et une surveillance de fin de journée, voire de fin de semaine.

A côté de ce dispositif sanitaire, existe également toute une palette de dispositifs dans le champ social et médico-social.

### **1.2.2 Le dispositif social et médico-social**

Le dispositif social et médico-social est régi par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005. L'article 14-1 de la loi du 2 janvier 2002, codifié à l'article L312-1 du CASF fixe la liste des établissements sociaux et médico-sociaux.

Parmi cette palette de dispositifs, certains sont plus particulièrement à même d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques.

Il s'agit notamment des maisons d'accueil spécialisé (MAS)<sup>13</sup> ou des FAM<sup>14</sup>. Ces établissements, dans lesquels le volet soins est important, sont destinés aux personnes, handicapées adultes, qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. En matière de handicap psychique, il s'agit de personnes présentant des troubles psychiques déficitaires stabilisés.

Les foyers d'hébergement, sont destinés à des personnes plus autonomes et qui ne nécessitent pas de soins constants. Ils accueillent en fin de journée ou de semaine des adultes travaillant dans un établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Les foyers de vie accueillent, quant à eux, les personnes qui ne peuvent accomplir seules les actes de la vie quotidienne et qui ne sont pas en capacité de travailler.

L'insertion professionnelle peut être réalisée en ESAT ou en entreprise adaptée.

Lorsque la maladie est stabilisée et que les besoins de soins ne sont plus en première ligne, un autre mode de prise en charge peut alors être envisagé.

---

<sup>13</sup> Décret 78-1211 du 26 décembre 1978 et circulaire 62AS du 28 décembre 1978

<sup>14</sup> Circulaire 86-6 du 14 février 1986, circulaire d'extension du programme, loi du 2 janvier 2002



Un accompagnement global dans la vie sociale, peut se faire grâce au service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou au service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)<sup>15</sup>. Les SAVS apportent un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie et un apprentissage à l'autonomie.

Les SAMSAH correspondent à une prestation de SAVS, complétée de soins réguliers et coordonnés et d'un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Dans le domaine social, il existe différents dispositifs à même d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques, mais qui ne sont pas exclusivement dédiés à des pathologies particulières, et s'adressent plus particulièrement aux personnes en difficultés.

Certaines sont temporaires, telles que les centres d'hébergement d'urgence, les CHRS et s'adressent à des personnes sans abri, ou qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion.

D'autres au contraire constituent des hébergements stables, de type maisons relais<sup>16</sup> ou résidences accueil, pour les personnes fragilisées ou handicapées par des troubles psychiques, mais dont l'état permet de bénéficier des règles de vie semi-collective.

Bien que le dispositif de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques soit large et varié, il existe une séparation nette entre le secteur de prise en charge du soin d'une part et celui de la prise en charge du handicap et de l'inadaptation d'autre part

### **1.2.3 La séparation des acteurs**

La séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social est ancienne. Alors que les dispositions relatives aux établissements de santé sont transcrites dans le Code de la Santé Publique (CSP), les établissements sociaux et médico-sociaux sont régis par le code de l'action sociale et des familles (CASF). Si la séparation est institutionnelle elle résulte aussi d'une différence de culture entre les professionnels.

#### **A) Un cloisonnement institutionnel**

Ce cloisonnement se retrouve à travers les modalités de planification, le régime des autorisations et les financeurs.

---

<sup>15</sup> Les SAMSAH et les SAVS sont prévus par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 et le décret 2005-223 du 11 mars 2005

<sup>16</sup> Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 et circulaire DGAS/DGALN/2008/248

➤ Des modalités de planification différente :

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créée par l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 sont chargées de définir et de mettre en œuvre les politiques régionales d'offres de soins hospitaliers. A ce titre, elles organisent la planification sanitaire, à travers le Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire (SROS).

Le SROS, instrument essentiel de la planification sanitaire, créé par la loi du 31 juillet 1991, détermine la répartition géographique des installations et des activités de soins qui permettent d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Il est élaboré pour une durée de cinq ans et son annexe est opposable.

Le SROS est aujourd'hui dans sa troisième version. Pour la première fois, la psychiatrie ne fait pas l'objet d'un schéma distinct mais figure à part entière au sein du SROS. La circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération précise par ailleurs la nécessité de penser l'offre en prenant en compte d'autres champs, tels que le social et le médico-social, voire l'éducatif et le judiciaire.

Alors que la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait prévu que les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale seraient arrêtés conjointement par le Préfet de département et le Président du Conseil Général, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales donne seule cette compétence au Président du Conseil Général.

Ces schémas sont établis pour 5 ans. Ils ont vocation à apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population. Ils dressent un bilan quantitatif et qualitatif de l'existant, et déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre, notamment ceux nécessitant des interventions, sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services.

Outre des autorités de planification différente, ARH et Conseil Généraux, et bien que les textes prévoient que ces schémas doivent être établis en cohérence, leur ressort territorial est différent. Le schéma d'organisation sanitaire est arrêté au niveau régional, avec des déclinaisons territoriales, et les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont arrêtés au niveau départemental. Par ailleurs, les périodes de validité de ces schémas sont différentes. Le SROS est établi pour la période 2006-2011, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale ont des périodes de validité différentes.

➤ Des modalités d'autorisation différentes :

Les créations, les conversions et les regroupements des activités de soins ainsi que les installations des équipements de matériel lourd sont autorisés par le directeur de l'ARH.

Les créations, transformations ou extensions des établissements sociaux et médico-sociaux sont autorisées par le Préfet de département ou le Président du Conseil Général ou les deux conjointement.

En tout état de cause, que ce soit pour les établissements sanitaires ou pour les établissements sociaux et médico-sociaux, chaque projet d'autorisation fait l'objet d'un avis devant un comité.

La loi du 31 décembre 1991 portant réforme hospitalière a créé un comité national d'organisation sanitaire et sociale et des comités régionaux (CNOSS et CROSS).

Ces comités ont vocation à donner un avis sur les autorisations de création et d'extension d'établissements ou d'équipements ainsi que sur leur renouvellement.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a transformé la section sociale du CROSS en instance spécifique, le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS). Toutefois, dans un souci de ne pas instaurer un clivage supplémentaire entre sanitaire et social, le législateur a prévu que des représentants du CROS siègeraient au CROSMS et inversement. Par ailleurs, le CROSMS et le CROSS peuvent siéger ensemble en fonction de la nature des dossiers, et au niveau national subsiste le CNOSS.

Le CROSMS et le CROS, chacun dans leur domaine sont chargés d'émettre un avis sur les schémas d'organisation. Le CROSMS émet également un avis sur le SROS.

➤ Des autorités de tarification et des sources de financement différentes :

Les établissements de santé sont financés principalement par des crédits d'assurance maladie et le montant des ressources est arrêté par le directeur de l'ARH.

Le financement des établissements sociaux et médico-sociaux quant à lui est varié. Certaines structures sont financées par des crédits d'Etat (ESAT, CHR) d'autres par des crédits d'assurance maladie (MAS) d'autres ont des financements conjoints (FAM, SAMSAH). Les foyers d'hébergement, les foyers de vie et les SAVS relèvent d'un financement départemental.

B) Un cloisonnement culturel

Au-delà des facteurs institutionnels, qui créent un cloisonnement entre les différents champs d'intervention, il en existe d'autres qui tiennent aux résistances respectives de chacun des professionnels concernés.

Outre des modalités de recrutement et de formation différentes, le travail des professionnels n'a pas la même dimension selon leur champ d'appartenance.

Les éducateurs et travailleurs sociaux qui interviennent dans les établissements sociaux et médico-sociaux ont un rôle éducatif, pédagogique et thérapeutique.

Le personnel soignant, quant à lui, se consacre essentiellement à la prise en charge médicale, et son intervention est plus limitée, bien que le rôle éducatif des soignants soit de plus en plus indéniable.

Il existe également entre ces différents corps de métier, un manque de langage commun. Ainsi, les professionnels du secteur sanitaire prennent en charge des patients alors que pour les professionnels du secteur social et médico-social il s'agit de résidents ou d'usagers.

Par ailleurs, le statut des établissements et le cadre dans lequel s'exercent leurs missions n'est pas le même.

Les établissements sanitaires sont en majorité des établissements publics (70%), alors que le secteur associatif représente 88% dans le domaine du handicap et 93% pour l'accueil des personnes en difficulté.

Le cloisonnement des différents champs conduit souvent à des ruptures de prise en charge, nocives à un accompagnement efficace.

Devant ce constat et afin d'apporter une réponse coordonnée et un suivi dans le parcours de soin, les coopérations et les actions conjointes des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social doivent être encouragées. Les pouvoirs publics, depuis plusieurs années, ont promu ces articulations par différents modes.

### **1.3 Une volonté des pouvoirs publics de décroisonner les politiques**

Suite à différents rapports, notamment le rapport CHARZAT<sup>17</sup> et à la montée en puissance des associations, les pouvoirs publics ont développé une politique de décroisonnement dont les prémices remontent déjà à plusieurs années (1-3-1). Les textes récents ont apporté de nouvelles dispositions, pour encore plus de coopérations (1-3-2).

#### **1.3.1 Les prémices d'un décroisonnement**

Depuis 1960 et la mise en place de la sectorisation psychiatrique, l'ensemble des textes relatifs à la politique de santé mentale préconise l'articulation avec le champ social et médico-social. La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale rappelle que les équipes de secteur doivent prendre contact avec chaque

---

<sup>17</sup> M. CHARZAT, parlementaire, mars 2002 – rapport pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leur proche.

établissement social et médico-social accueillant des patients de leur secteur pour établir des relations de concertations ou de services réciproques.

Une circulaire du 23 juillet 1986 a instauré les conseils départementaux en santé mentale (CDSM) qui avaient vocation à être consultés sur les projets de création d'établissements médico-sociaux, dans la mesure où ils accueillent des malades mentaux. Le CDSM participait également à l'analyse des modes de coordination entre les différentes institutions publiques et privées, participant à la lutte contre les maladies mentales.

Cette instance a été supprimée par l'ordonnance du 4 septembre 2003, portant simplification administrative, et remplacée par les commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM).

La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, traitait également des actions de coopération inter-hospitalière et de la collaboration avec les services sociaux et médico-sociaux, en rappelant la possibilité pour les établissements publics de santé, de signer des conventions avec des personnes de droit privé.

L'article 29 de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'organisation hospitalière publique et privée, donne aux établissements de santé la possibilité d'impulser des réseaux de soins, pour une meilleure orientation du patient et pour favoriser la coordination et la continuité des soins. Ce texte recommande cette logique d'organisation dans différents domaines, notamment la psychiatrie. Les réseaux peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale.

L'article 51 de l'ordonnance du 24 avril 1996 permet aux établissements de santé de créer et de gérer des services ou établissements sociaux ou médico-sociaux. Cette possibilité est toutefois subordonnée à l'obligation de respecter les règles de fonctionnement édictées par les lois sociales, à savoir le respect des conditions techniques de fonctionnement, le recrutement de professionnels du champ social et médico-social, l'examen des projets devant la section sociale du CROSS, aujourd'hui le CROSMS. Ces établissements doivent également respecter les dispositions de la loi du 2 janvier 2002, notamment le droit des usagers. Les autorisations sont données pour une durée déterminée et sont soumises à évaluation.

### 1.3.2 Une politique de santé mentale repensée

L'attente des usagers, la montée en charge des associations, la multiplication des troubles pour lesquels sont sollicitées les équipes de psychiatrie et le nombre de personnes concernées par les troubles psychiques<sup>18</sup>, ont conduit les pouvoirs publics à repenser la politique de santé mentale, pour englober les besoins des personnes dans toutes leurs dimensions.

Ainsi, a été mis en place un plan global d'actions répondant aux besoins sanitaires et sociaux des personnes handicapées psychiques.

Le plan psychiatrie santé mentale de novembre 2001, avait fixé comme objectif la diversification des modes de prise en charge en santé mentale, par les reconnaissances réciproques des compétences spécifiques de chaque professionnel et l'optimisation des circuits de prise en charge, pour mieux répondre aux besoins des personnes et favoriser la continuité des soins. Des actions concernant le développement du travail en partenariat étaient prévues entre les professionnels des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Quatre ans après, dans le cadre du plan national psychiatrie santé mentale 2005-2008, il est constaté un fonctionnement cloisonné de l'offre et une sollicitation du système de soins parfois inappropriée. Ce nouveau plan pose comme axe fort de renforcer la continuité de la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques et leur accompagnement dans la participation à la vie sociale par l'amplification de la coordination et de la complémentarité des réponses apportées par la psychiatrie et les dispositifs sociaux et médico-sociaux, dans une démarche centrée sur les besoins globaux des personnes qui s'expriment dans des lieux et à des moments divers.

Pour son application, la circulaire du 30 mars 2006<sup>19</sup> portant sur les modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources pour 2006, relative au plan psychiatrie et santé mentale, prévoyait l'organisation au niveau de deux régions, dont la région Bourgogne, d'une analyse méthodologique destinée à identifier les freins et les conditions de réussite de l'articulation entre politiques de santé publique, sanitaire, sociale et médico-sociale, dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. La démarche comportait une phase de diagnostic de la région à partir des travaux existants, ses caractéristiques et les actions de coopérations menées ou envisagées dans les champs sanitaire, social et médico-social.

---

<sup>18</sup> Selon l'UNAFAM, environ 600 000 familles sont concernées par les troubles psychiques.

<sup>19</sup> Circulaire DGS-SD6C/DHOS02/DGAS/CNSA n°2006-149 du 30 mars 2006

Un deuxième temps était consacré à des échanges avec les différents acteurs institutionnels et surtout avec les acteurs de terrain pour une analyse des difficultés rencontrées, qu'elles soient de nature institutionnelle, budgétaire ou réglementaire.

Les résultats de ces tables rondes, présentées aux référents santé mentale régionaux, font apparaître qu'il n'existe pas de freins ou de leviers en soi à l'articulation, mais qu'il convient d'organiser la coordination, en fonction des partenaires locaux notamment, dans la définition des schémas et leur mise en œuvre.

Il convient également de valoriser et soutenir les initiatives des acteurs et de développer l'articulation, notamment avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH).

Différentes lois sur la prise en charge du handicap, sont venues compléter ces plans, pour développer les complémentarités des actions et inciter les acteurs à travailler ensemble.

### **1.3.3 Des dispositifs juridiques récents qui encouragent à l'articulation entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.**

Les lois récentes sur l'action sociale et médico-sociale sont à l'origine d'un décloisonnement par la création de nouvelles institutions (A) et par le développement des coopérations (B).

#### A) La création de nouvelles institutions

- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA)

La CNSA est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004, relative à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions.

Mise en place en mai 2005, la CNSA a pour mission de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées,
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps,
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.

Outre ses missions traditionnelles, elle élabore, pratique et diffuse des bonnes pratiques auprès des professionnels et des MDPH.

La CNSA conduit également une politique de soutien financier à la recherche, aux études et actions innovantes, qui ont pour but d'améliorer et de développer des réponses en matière d'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées et handicapées.

En 2008, un appel à projet de recherche « handicap psychique » a été lancé. Une des thématiques portait sur le handicap psychique et la coordination des domaines sanitaire et social. Neuf projets ont été retenus.

#### ➤ Les MDPH

Les MDPH, créées par la loi du 11 février 2005, sont des groupements d'intérêt public, dont le département assure la tutelle administrative et financière. Le Département, l'Etat et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général sont membres de droit. Elles ont pour mission l'accueil, l'information, l'évaluation des besoins individuels des personnes et la définition des plans personnalisés de compensation. Par conséquent, elles doivent apprécier les besoins des personnes dans leur globalité, sans négliger les différentes dimensions de leur santé et de leur participation sociale (soins, accompagnement, hébergement).

Les MDPH sont donc un élément de l'articulation entre les différents intervenants, sanitaire, sociaux, et médico-sociaux. L'article 94, alinéa 1 de la loi du 11 février 2005 stipule que les MDPH « *doivent permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels de santé, du groupement ainsi que des professionnels associés par convention* ».

Une circulaire du 19 mai 2008 relative aux modalités de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2008 dans le cadre du plan santé mentale<sup>20</sup> fait du renforcement du développement de l'articulation sanitaire, sociale et médico-sociale, dans le champ de la santé mentale et du handicap psychique, un enjeu essentiel. Il s'agit notamment d'accompagner les pratiques de coopérations pour l'évaluation individuelle de la situation des personnes ayant un handicap psychique. Cette circulaire relance l'expérimentation

---

<sup>20</sup> Circulaire DHOS/02/DGAS/3SD/DGS/MC4/CNSA 2008-163 du 19 mai 2008



prévue par une circulaire du 1<sup>er</sup> mars 2007<sup>21</sup>, pilotée par la CNSA, en liaison avec la DGAS, la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), et la direction générale de la santé (DGS), pour identifier des pratiques de coopération transposables à l'ensemble des départements.

Cette expérimentation a été menée au cours de l'année 2008 par des binômes MDPH/équipes de psychiatrie dans quinze sites. Les résultats de cette expérimentation devraient être connus prochainement.

Cette coopération est une condition indispensable à une évaluation et une compensation des besoins de la personne.

Cette circulaire prévoit également un repérage, au niveau national, des expériences et actions existantes, en termes de coopération thématique ou territoriale, associant des interventions des champs sanitaire, médico-social ou social, au plan régional ou local, dans un objectif de valorisation et de mutualisation à l'ensemble des régions pour susciter des initiatives.

## B) Le développement des coopérations

### ➤ Les groupements de coopération

La loi du 2 janvier 2002, dans un souci de favoriser la coordination, la complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement a créé un nouvel outil de coopération : le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Les GCSMS peuvent être constitués entre des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social, des établissements sociaux et médico-sociaux, des associations gestionnaires, des établissements de santé publics et privés, des professionnels médicaux et para-médicaux, exerçant en libéral. Tout professionnel du secteur social, sanitaire et médico-social peut, à titre individuel, adhérer à un GCSMS.

Les missions du GCSMS peuvent s'exercer de deux manières, soit le GCSMS exerce directement la prise en charge des usagers, à la place des membres adhérents, soit il peut permettre des interventions communes de professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Parallèlement, les établissements sociaux et médico-sociaux peuvent désormais adhérer aux diverses formules de coopération hospitalière régies par le CSP<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Circulaire DGS/SD6C/DHOS/02/DGAS/CNSA 84 du 1<sup>er</sup> mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale

<sup>22</sup> Il s'agit des conventions de coopération, des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt public, tels que prévus à l'article L6122-5 du code de la santé publique.

A cet effet, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, dont le contenu a été précisé par la loi du 2 janvier 2002, doivent préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'avec les établissements de santé.

➤ Les réseaux

Le concept du réseau existe depuis de nombreuses années. En 1991 ont été créés les réseaux ville/hôpital pour la prise en charge de certaines pathologies précises (sida, toxicomanie, addiction). Les réseaux de soins ont eux été créés en 1996.

Il s'agissait de réseaux hospitaliers ou de réseaux expérimentaux, centrés autour du soin et non du patient.

Les articles 3 et 4 de la loi du 4 mars 2002 codifiés aux articles L1110-1 et L6321-1 du CSP et le décret 2002-1463 du 17 décembre 2002<sup>23</sup> ont substitué aux réseaux de soins, les réseaux de santé qui ont des contours plus larges. L'article L6321-1 du CSP précise que les réseaux de santé « sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales et médico-sociales et des organismes à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

Ils constituent une volonté commune d'acteurs de terrain de travailler ensemble pour répondre à des besoins variés sur un territoire donné. Les réseaux ont vocation à assurer les soins entre ville et hôpital, entre les secteurs privés et publics, entre le champ sanitaire et médico-social.

Le réseau consiste à organiser une coordination entre tous les acteurs pour assurer une prise en charge globale et transversale du patient dans son environnement

La nécessité d'articuler les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social est donc indispensable dans la prise en charge du handicap psychique. Par ailleurs, les pouvoirs publics incitent de plus en plus à un travail en partenariat pour un accompagnement global et continu de la personne.

L'observation du terrain m'a permis de voir comment l'articulation des différents acteurs se faisait en Côte d'Or. J'ai pu constater que malgré les efforts des acteurs de terrain et

des instances locales, des difficultés persistent dans la prise en charge du handicap psychique, mais que le dialogue encore difficile entre les professionnels tend à s'améliorer.

---

<sup>23</sup> Décret 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation de fonctionnement ainsi que de l'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L6321-1 du CSP

## **2 L'analyse des modalités de prise en charge du handicap psychique en Côte d'Or**

Il s'agit là de faire un état des lieux du dispositif existant en Côte d'or (2-1) mais aussi de la volonté des instances locales de garantir, sur le territoire, une politique cohérente dans le domaine de la santé mentale (2-2).

### **2.1 Etat des lieux au regard du dispositif existant**

Autour du dispositif traditionnel de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques (2-1-1), se sont développées en Côte d'Or des structures à l'articulation des différents champs (2-1-2).

#### **2.1.1 Le dispositif traditionnel sanitaire, social et médico-social**

Le dispositif sanitaire de prise en charge psychiatrique en Côte d'Or s'articule autour de trois établissements de santé : à Dijon l'établissement public de santé mentale (EPSM) la Chartreuse et le CHU et à Semur en Auxois, le centre hospitalier (CH). Le département se situe globalement dans les moyennes nationale et régionale pour les moyens sanitaires disponibles.<sup>24</sup>

Le département est découpé en sept secteurs dont cinq relèvent de l'EPSM, un du CHU et un du CH de Semur en Auxois. Ces sept secteurs totalisent 417 lits d'hospitalisation complète, 174 places d'hôpital de jour, 21 CMP et 10 CATTP. Par ailleurs, 42 familles sont suivies en appartements protégés par une équipe dédiée de la Chartreuse.

Le secteur médico-social regroupe, quant à lui, la palette de services traditionnellement rencontrés dans la prise en charge du handicap : FAM, MAS, ESAT, SAMSAH, SAVS, familles d'accueil.<sup>25</sup>

Il existe également des places de CHRIS, de maisons relais et de résidences accueil, réparties sur l'ensemble du département, mais qui ne sont pas dédiées aux personnes souffrant de handicap psychique, bien qu'un certain nombre de personnes accueillies, présentent des troubles psychiques.

---

<sup>24</sup> En hospitalisation complète la moyenne départementale est de 1,15 lits pour 1000 habitants pour une moyenne régionale à 1,20 et une moyenne nationale à 1,24. En hospitalisation incomplète la moyenne départementale est de 0,34 pour une moyenne régionale à 0,29 et une moyenne nationale à 0,23. En matière de structures ambulatoires, l'équipement est supérieur aux préconisations traditionnelles (1 CMP pour 35 000 habitants).

<sup>25</sup> 42 places de FAM, 91 places de MAS, 35 places d'ESAT 30 places de foyer expérimental

A côté de ce dispositif traditionnel, les acteurs de terrain, qu'ils soient issus du secteur sanitaire ou du secteur social et médico-social ont développé des structures qui tiennent compte des besoins des personnes handicapées dans leur globalité.

### **2.1.2 Des initiatives pour apporter des réponses globales dans la prise en charge des personnes.**

#### A) Des établissements de santé gestionnaires d'établissements médico-sociaux

L'article 51 de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, codifié à l'article L6111-3 du CSP permet aux établissements de santé de créer et de gérer des établissements sociaux et médico-sociaux.

En Côte d'Or, les 91 places de MAS et les 42 places de FAM destinées à des personnes handicapées psychiques sont gérées par les hôpitaux locaux d'ALISE et de VITTEAUX, établissements publics de santé.

Suite à une étude de la direction régionale du service médicale (DRSM) en 2002, faisant état, notamment, d'un besoin de 53 places de MAS pour les patients accueillis en service de psychiatrie, les établissements concernés (EPSM, CHU, CH de Semur en Auxois) se sont entendus pour créer une MAS, sur le site de l'hôpital local de VITTEAUX. Cette MAS de 42 places doit ouvrir prochainement et devrait conduire à la fermeture d'unités d'hospitalisation.

Par ailleurs, bien que l'EPSM la Chartreuse ait une vocation essentiellement sanitaire, l'insuffisance de filière d'aval a conduit la direction de l'établissement à se doter de structures à caractère non exclusivement sanitaire. Après une étude de la population accueillie dans les unités d'hospitalisation, il lui a semblé opportun de développer des structures mieux à même de répondre aux besoins de certains patients. Suite à ce constat, les responsables de l'établissement ont déposé un projet de création d'un FAM de 42 places, dont 2 places d'accueil temporaire, destiné à l'accueil d'adultes en situation de handicap psychique. Ce projet vient de recevoir un avis favorable du CROSMS, mais son financement n'est pas inscrit au programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Aussi, des moyens de redéploiement de l'enveloppe sanitaire seront à envisager, compte tenu des places libérées par l'ouverture du FAM.

Douze places de résidences accueil pour malades psychiques ont également été ouvertes à Semur en Auxois. Elles bénéficient des services du secteur de psychiatrie qui relève du centre hospitalier de Semur, par convention. L'EPSM la Chartreuse a également un projet de création de résidences accueil, afin de contribuer à réduire l'absence de solutions de logement. La résidence bénéficiera de la présence quotidienne d'un hôte et d'un double partenariat avec les équipes de secteur et un SAMSAH.

Elle sera située dans l'agglomération dijonnaise, pour permettre aux résidents d'avoir accès à des activités extérieures ainsi qu'à un groupe d'entraide mutuelle (GEM).

#### B) Des structures au carrefour des différents champs d'intervention

Plusieurs structures m'ont paru intéressantes en termes d'articulation des dispositifs, car innovantes et au carrefour des différents champs d'intervention. Les maisons communautaires sont une émanation de l'EPSM la Chartreuse, le foyer ICARE est un établissement expérimental géré par une association et l'ESAT le GOELAND, créé par l'hôpital psychiatrique et repris par une association.

##### ➤ Les maisons communautaires

La création des maisons communautaires, en 2002, en Côte d'Or a été une réponse à l'accueil des patients hospitalisés au long cours par l'EPSM la Chartreuse. Suite à une enquête de la DRSM, réalisée en 2002, faisant état de 113 malades chroniques relevant de structures de type médico-social, les responsables de l'établissement ont recherché des solutions pour faire sortir ces patients. Ils se sont pour cela référés à des expériences novatrices, préconisées par les docteurs PIEL et ROELANDT<sup>26</sup> et ont décidé de mettre en place les maisons communautaires de MATISSE et LUCIE en CARROIS, situées dans l'agglomération de DIJON. Ces entités fonctionnent sous la forme d'une résidence locative, type maison communautaire, associée à un CATTP.

Il ne s'agit pas de structures juridiquement reconnues, mais de lieux d'accueil à géométrie variable, délocalisés de l'enceinte de l'hôpital. L'hébergement est à la charge des résidents, qui sous louent leur appartement à l'association de CHAMPMOL, association de gestion des structures de réinsertion de l'EPSM. Les résidents financent leur alimentation et assurent eux même l'entretien de leur chambre et des parties communes. Un CATTP assure le suivi psychiatrique.

L'objectif de ce type de structures est de favoriser l'émergence ou le retour de potentialité d'autonomie afin d'amener les personnes vers une réinsertion en milieu ordinaire.

La maison communautaire de MATISSE accueille 15 personnes, de 18 à 30 ans, qui ont présenté une décompensation psychotique lors de la crise de l'adolescence ou plus tardivement dans le champ des psychoses schizophréniques stabilisées. Les personnes souffrant de psychoses associées à une psychopathie ou à une toxicomanie ne sont pas acceptées. La prise en charge a pour objectif d'offrir un cadre contenant, adapté à la pathologie, et en même temps de proposer un espace d'échanges avec l'environnement

---

<sup>26</sup> Rapport des docteurs PIEL et ROELANDT – de la psychiatrie vers la santé mentale – rapport de mission – juillet 2001

social. Il s'agit de remobiliser les capacités créatrices des personnes accueillies, afin de les amener à prendre soin d'eux et à retrouver une autonomie psychique et personnelle. Des activités manuelles (bois, photographie, soins corporels), sportives et culturelles sont proposées. Un projet personnalisé est mis en place pour chaque patient.

L'établissement travaille en partenariat avec l'équipe de secteur qui a adressé la personne et les organismes sociaux et médico-sociaux du département.

En 2006, la durée moyenne de séjour à MATISSE était de 21 mois. Sur 10 sorties, la moitié des patients ont pu intégrer un appartement en ville, de type appartement protégé avec un suivi par un tuteur, deux sont retournés à l'hôpital, un a été admis dans un établissement médico-social, un est retourné en famille et un a été accueilli au foyer ICARE. Sur les dix personnes sorties, cinq ont pu trouver un travail.

Les durées de séjour peuvent être plus longues. Par exemple, actuellement, un résident dont le projet demande du temps et dont l'orientation reste délicate, est présent dans l'établissement depuis bientôt quatre ans.

La maison communautaire de Lucie en Carrois accueille quant à elle, 20 hommes et femmes ne nécessitant plus d'être hospitalisés et suffisamment stabilisés dans les troubles majeurs du comportement qui, s'ils peuvent s'inscrire dans un projet de vie à l'extérieur de l'hôpital, ont néanmoins besoin d'un cadre de vie adapté en institution. Les activités sont plus à visée de stimulation et de soutien dans la vie quotidienne, de type hygiène corporelle et alimentaire, rangement et aménagement de l'espace de vie. Des activités d'animation et/ou occupationnelles sont également proposées.

Cette structure fonctionne plutôt comme un FAM. Les patients accueillis sont plus âgés et sont souvent en fin d'un parcours chaotique avec des échecs répétés de tentatives de sorties. Les durées de séjour sont plus longues et les sorties se font généralement vers des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ou âgées.

Les maisons communautaires apparaissent indispensables et sans elles de nombreux patients seraient hospitalisés en unité psychiatrique. Leur création a permis de faire sortir très rapidement du champ hospitalier quarante personnes aux pathologies chroniques qui relevaient de réadaptation ou de structures médico-sociales, sans formalité et sans financement nouveau.

Même si les maisons communautaires sont présentées comme une réussite, leur pérennité est incertaine. En effet, il leur est reproché de ne pas répondre à une utilisation optimale des crédits de l'enveloppe sanitaire. Le suivi des personnes est assuré par du personnel soignant, formé à la prise en charge éducative. Il a été souligné également que

le fonctionnement de la partie hébergement n'est soumise à aucune procédure d'autorisation, ni de visite de conformité.

Par ailleurs, elles sont porteuses d'un risque de double prise en charge. En effet, les résidents peuvent faire appel à des intervenants libéraux, en sus des interventions de l'équipe de secteur.

La valorisation à l'activité en psychiatrie risque également de pénaliser l'EPSM, en effet une journée en maison communautaire est comptabilisée comme une séance en ambulatoire, dont le coût est inférieur au coût généré par la prise en charge telle qu'elle est actuellement.

Une étude sur les maisons communautaires devrait être réalisée prochainement. Ces structures pourraient être transformées en FAM et il n'est pas exclu qu'elles disparaissent, l'EPSM étant contraint de redéployer les moyens au profit du soin interne.

#### ➤ Le foyer ICARE

Dans les années 1970, des parents concernés par la souffrance psychique de leurs enfants proposent une solution alternative à l'hospitalisation de longue durée. Une association est constituée pour confier à des professionnels le soin de créer le foyer la Bergerie. Ce projet novateur mettait l'accent sur une dimension humaine de l'accueil et sur le partenariat avec le champ psychiatrique. En 1995, l'association et l'EPSM la Chartreuse se rapprochent pour créer la résidence ICARE qui répondait à la nécessaire diversification des modalités de prise en compte de la souffrance psychique. En 2002 une forme de partenariat a été définie, qui affirme à la fois une différenciation et une complémentarité du champ sanitaire et du champ social éducatif.

Le foyer ICARE propose un accueil continu, destiné à des personnes en situation de handicap psychique, dans des logements individualisés, sous forme de studios ainsi que des espaces collectifs.

Le projet du foyer comporte une dimension thérapeutique, sociale et pédagogique. Il s'agit d'une résidence non médicalisée mais qui offre un soutien complémentaire à celui apporté par les équipes soignantes du secteur. Le projet défini à ICARE s'articule avec celui défini par l'équipe de secteur. L'admission à ICARE doit être volontaire et la durée de séjour varie en fonction des capacités de chacun. Les demandes d'orientation émanent des services ambulatoires (CMP, CATTP), des unités d'hospitalisation ou des familles. La décision d'orientation est prise par la commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), pour une durée de trois ans, renouvelable une fois. Certains résidents peuvent avoir besoin d'une durée de prise en charge plus longue.



Au contraire, il arrive que certains résidents doivent être réorientés assez rapidement vers un établissement plus structuré, lorsque la pathologie n'est pas stabilisée et que le soin est encore nécessaire.

Une commission d'admission, au sein de l'établissement, se prononce sur les candidatures. Cette commission est composée du directeur, du chef de service éducatif et d'un représentant de l'équipe soignante du candidat. Selon le directeur, jamais aucun désaccord n'est survenu parmi les membres de la commission sur un dossier d'admission. La composition pluridisciplinaire de cette commission a pour but de s'assurer que le projet de vie est cohérent avec le projet de soin et aussi de s'assurer que le personnel soignant continuera le suivi de la personne après son admission au foyer.

Des activités de CMP et de CATTP sont proposées au candidat pour préparer son entrée à ICARE, notamment pour les personnes qui ont été toujours été hospitalisées.

Le foyer ICARE n'a pas pour ambition de se substituer aux soins, mais son travail consiste en partie à maintenir le lien soignant. Une des obligations, inscrite au contrat signé à l'entrée dans l'établissement, est de suivre ses soins.

Le travail fait à ICARE suit le projet de soin. Des réunions de synthèse régulières sont organisées avec le personnel soignant pour coordonner les prises en charge.

La durée et les modalités de prise en charge proposées à ICARE paraissent adaptées. En effet, 99% des résidents vont mieux lors de leur sortie et sont en capacité d'obtenir et de se maintenir dans un appartement autonome.

Mais, selon le directeur, toute sortie suppose à l'extérieur un réseau, élément essentiel pour assurer la continuité de la prise en charge. Il peut s'agir d'un accompagnement par un SAVS, de lieux de jour spécialisés, ou d'autres lieux plus ouverts. L'important est que la personne ait un choix dans sa prise en charge, et que le maintien d'un lien social à l'extérieur puisse être assuré, à la sortie de l'établissement. Il arrive quelquefois que certains résidents reviennent après un échec de retour à la vie autonome.

Les maisons communautaires et le foyer ICARE apparaissent complémentaires. Les pathologies actives sont prises en charge dans les maisons communautaires et lorsqu'elles se stabilisent, l'élaboration d'un projet de vie devient possible et peut se faire par le foyer ICARE.

Le foyer ICARE a aujourd'hui un agrément de structure expérimentale. Les conclusions d'un audit avaient montré que son rôle éducatif était atypique, entre éducatif et réinsertion, et qu'il ne s'agissait ni d'un foyer occupationnel, ni d'un FAM.

Une évaluation va être faite prochainement par les services du département, du résultat de cette évaluation dépend la poursuite de l'activité.

#### ➤ L'ESAT LE GOELAND

Dans les années 1970, se sont développées dans les hôpitaux psychiatriques des recherches de solutions destinées à rendre aux malades mentaux une perspective de vie qui ne soit plus un interminable séjour en institution hospitalière. En 1980, une équipe pluridisciplinaire (administrateurs, médecins, psychologues, infirmiers) de l'EPSM la Chartreuse a imaginé un projet à partir d'expériences tentées d'insertion en centres d'aide par le travail.

En 1980, suite au double constat que, d'une part certains malades s'épanouissaient dans des ateliers artisanaux, de type ergothérapie, imprimerie, encadrement et que, d'autre part les malades mentaux ne pouvaient s'épanouir dans les structures traditionnelles d'aide par le travail, l'établissement a décidé de recourir à la création d'un centre d'aide par le travail (CAT) classique, aujourd'hui ESAT. Ainsi, «le GOELAND» a ouvert ses portes en 1983. Ses ateliers, de type artisanal, permettaient aux malades psychotiques stabilisés d'approcher une activité professionnelle faisant appel à leur potentiel intellectuel et créatif en milieu adapté. L'établissement est resté jusqu'en 1990 dépendant de la gestion de l'EPSM. Aujourd'hui il s'agit d'une structure médico-sociale autonome, gérée par une association à but non lucratif. L'ESAT accueille 35 personnes et reçoit principalement des malades psychotiques non déficients intellectuels et stabilisés. 80% des personnes accueillies souffrent d'un syndrome schizophrénique. La majorité des travailleurs ont un hébergement en ville, très peu vivent en foyer.

Le personnel est à prédominance soignante, émanant de l'EPSM, hormis le personnel technique d'encadrement des ateliers.

Les liens avec l'EPSM la chartreuse sont restés forts, les personnes qui travaillent au sein de l'ESAT sont suivies par les équipes de secteur.

L'ESAT le GOELAND m'a été cité à plusieurs reprises comme un exemple d'articulation réussie entre sanitaire et médico-social.

#### C) L'association CHALLENGE EMPLOI

Créée en 2000, l'association CHALLENGE EMPLOI Côte d'Or a pour mission de faciliter l'accès à l'emploi en milieu ordinaire des personnes atteintes de troubles psychiques. Un médecin de l'EPSM intervient dans le cadre de réunion de travail avec les équipes.

Son travail s'articule autour de deux axes : un travail d'accompagnement long d'environ 18 mois, avec pour objectif un contrat de travail dans le milieu ordinaire et un travail

d'appui social individualisé avec, pour objectif, l'accès à l'emploi pour des personnes en difficultés sociales.

#### D) Le réseau santé social

Dans le cadre d'un groupe de travail du programme régional d'accès à la prévention et aux soins en direction des personnes en situation de précarité (PRAPS), les travailleurs sociaux des différents services du département ont évoqué les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des familles et des personnes ayant un comportement laissant supposer qu'elles relèvent de la psychiatrie. Il s'agissait soit de personnes qui avaient déjà été suivies au CHS, soit de personnes non connues des services de psychiatrie. Les travailleurs sociaux se sentant démunis pour mesurer le risque ont souhaité l'appui des services de psychiatrie.

En 2001, une réflexion a été menée pour les aider dans la prise en charge de ces personnes. La constitution d'un réseau entre l'EPSM et les services sociaux du département a alors été proposée.

Cette réflexion a permis de rendre compte des situations difficiles. Des journées thématiques de formation, à visée pédagogique, sur l'approfondissement des connaissances, sur la souffrance psychique et ses conséquences sur le lien social, réalisées par un psychiatre ont été organisées pour les travailleurs sociaux.

Dans le cadre de ce réseau, une commission d'examen des cas cliniques sensibles, pour lesquels doit se mettre en place une évaluation et une réflexion commune de l'ensemble des personnes concernées, se réunit pour définir l'orientation la mieux adaptée, en tenant compte de la pathologie et de la situation sociale de la personne.

Il est à regretter que ce réseau repose sur des professionnels d'un seul secteur de psychiatrie, alors que le département en compte sept.

Par ailleurs, l'équipe n'est pas en mesure de se déplacer et par conséquent, il est difficile d'avoir une évaluation réelle des situations.

Ce réseau santé/social doit être complété par une équipe mobile psychiatrie/grande précarité, qui aura vocation à intervenir directement auprès des personnes, mais aussi auprès des professionnels (travailleurs sociaux, personnel d'institutions sociales), dans une fonction de soutien, de supervision et de formation. Cette équipe mobile, portée par l'EPSM la CHARTREUSE, vient d'obtenir un financement.

## **2.2 Des instances locales soucieuses d'une politique de santé mentale cohérente**

Que ce soit au niveau de la région Bourgogne (2-2-1) ou au niveau du département de Côte d'Or (2-2-2), les instances locales mettent en place des politiques pour une prise en charge de la santé mentale dans toutes ses dimensions.

### **2.2.1 La politique régionale**

#### **A) Des référents régionaux et une équipe projet régionale**

Une organisation spécifique, propre à la psychiatrie et à la santé mentale, a été mise en place en Bourgogne, suite au démarrage du plan psychiatrie et santé mentale en 2005.

Elle s'est traduite par la désignation de deux référents régionaux à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), qui servent de relais pour le niveau national et ont pour mission de veiller à l'articulation entre les différents acteurs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les référents santé mentale sont associés au cercle de compétence associant les DDASS du département et la DRASS pour l'élaboration et le suivi du PRIAC. De ce fait, ils permettent de faire le lien entre la politique sanitaire et la politique médico-sociale de la région.

Une équipe projet psychiatrie composée de représentants des DDASS et de l'assurance maladie, animée par les référents régionaux est chargée de suivre le plan santé mentale, de préparer les allocations de moyens, de faire le lien avec les groupes de la CRCSM et d'établir un état des lieux de la psychiatrie. Cette équipe est en charge notamment de toutes les questions liées à la psychiatrie et la santé mentale et de l'instruction régionale des appels à projet nationaux.

Elle a également pour mission d'articuler le SROS (volet psychiatrie), les schémas départementaux (volets handicap et psycho-gériatrie), le Programme Régional de Santé Publique (PRSP), en associant les acteurs institutionnels tels que l'ARH, les DDASS et l'assurance maladie.

#### **B) La CRCSM**

La CRCSM, placée sous l'autorité du directeur de l'ARH réunit des représentants de l'Etat, de l'ARH, de l'assurance maladie, des élus, des institutions d'hospitalisation, publiques et privées, des représentants du secteur social et médico-social, des professionnels de santé mentale, des représentants d'usagers et de familles.

Elle se réunit au moins deux fois par an et contribue à la définition, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé mentale régionale.

La CRCSM de Bourgogne a été installée fin 2005. Quatre sous groupes fonctionnent avec des professionnels de santé : suivi du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III et emploi des moyens pour sa mise en œuvre, articulation entre sanitaire social et médico-social, enfants et adolescents, démographie et formation.

Le groupe articulation sanitaire, social et médico-social, animé par un psychiatre et une responsable de l'association « revivre Côte d'Or <sup>27</sup> », s'est réuni cinq fois en 2008. Il est composé de psychiatres, d'un infirmier, d'un représentant de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM)<sup>28</sup> et de l'Union Régionale et Interfédérale des Œuvres et Organisations Sanitaires et Sociales (URIOPSS)<sup>29</sup>, d'une inspectrice du pôle « politiques de santé » de la DDASS de Côte d'Or, du directeur d'un hôpital de jour pour enfants et d'une conseillère technique en travail social.

La lettre de mission donnée à ce groupe de travail fixait comme objectif d'analyser et diffuser les expériences innovantes développées dans la région, en matière d'articulation entre secteurs sanitaire, social et médico-social et d'accompagnement au logement telles que les maisons communautaires. Il devait également évaluer les besoins, notamment par la recherche des inadéquations hospitalières, que ce soit pour les hospitalisations prolongées ou pour des recours à l'hospitalisation par manque de structures ou d'accompagnement appropriés.

Enfin, ce groupe de travail devait faire des recommandations pour la mise en œuvre des GEM et des équipes mobiles de psychiatrie pour les populations précaires. Au fil du temps, les objectifs ont changé, les GEM et les équipes mobiles étant créés, il s'agit maintenant d'en faire l'évaluation.

Un des premiers travaux de ce groupe a été l'élaboration d'une grille pour recenser les structures existantes, entrant dans les critères définis par la lettre de mission.

Dans le cadre de mon stage d'exercice professionnel, j'ai participé à l'élaboration de ces grilles<sup>30</sup> et au recensement des structures qui associent une prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale. Ces fiches, en cours de finalisation, feront l'objet d'un répertoire, diffusé aux partenaires de santé mentale, pour information.

---

<sup>27</sup> Association adhérente à la FNAPSY pour les personnes dépressives et malades mentales stabilisées.

<sup>28</sup> L'UNAFAM est une association qui regroupe 15 000 familles de personnes handicapées psychiques

<sup>29</sup> L'URIOPSS est une association qui a pour but de veiller aux intérêts des personnes fragiles

Il s'agit aussi d'un outil qui vise à montrer ce qui peut se faire, pour encourager d'éventuels porteurs de projets à développer de nouvelles structures.

Pour la Côte d'Or ont été répertoriés, notamment le foyer ICARE, les maisons communautaires de MATISSE et LUCIE en CARROIS, l'ESAT le GOELAND, les GEM, les FAM d'ALISE et de VITTEAUX, l'association CHALLENGE EMPLOI.

### C) Le PRIAC

En Bourgogne, dans le cadre du PRIAC, qui a pour objet de programmer l'offre existante en matière d'accompagnement du handicap et de la dépendance, un comité de pilotage a été mis en place en mars 2006, qui associe l'ensemble des acteurs concernés par le secteur médico-social et ses articulations (DDASS, Conseils. Généraux, ARH, rectorat, services de la justice, de la direction du travail et l'assurance maladie). Ce comité de pilotage permet aux partenaires impliqués d'échanger sur les questions fondamentales de l'évaluation des besoins de la région et de l'articulation des prises en charge offertes par les secteurs sanitaire, médico-social et social.

Le PRIAC a également été soumis à la CRCSM pour informer de ce qui était prévu dans le domaine médico-social, pour le handicap psychique, dans les années à venir.

Au niveau du département, s'est également développée une politique pour une meilleure connaissance des besoins des personnes handicapées psychiques, afin d'apporter des réponses cohérentes en termes de prise en charge.

### **2.2.2 La politique départementale**

La politique départementale se traduit par la mise en place d'une équipe projet santé mentale, transversale, au sein de la DDASS (A) et par la prise en compte du handicap psychique dans le nouveau schéma en faveur des personnes handicapées (B).

#### A) L'équipe transversale santé mentale à la DDASS de Côte d'Or

Au niveau départemental, la directrice de la DDASS a donné mission à une inspectrice du service « politiques de santé » de conduire une action sur le champ de la santé mentale en Côte d'Or. Cette action avait pour objectif la production d'un état des lieux sur la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le département et d'une analyse des forces et des faiblesses du dispositif existant, pour conduire à la définition de priorités et

---

<sup>30</sup> Cf annexe 2

de programmation, pour la période 2008-2010. Cette équipe projet est composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'une inspectrice principale, d'une inspectrice du pôle social et de deux conseillères techniques en travail social.

L'état des lieux fait le constat que l'offre de soins en psychiatrie est globalement suffisante dans le département, mais qu'il existe un besoin de coordination et surtout d'une organisation plus efficiente sur le territoire, qui passe par un rapprochement volontariste de l'EPSM et du CHU. Il est constaté aussi un mouvement de l'hospitalisation complète vers l'hospitalisation incomplète et les alternatives à l'hospitalisation, conformément aux orientations nationales.

Cette même étude fait apparaître que des lits d'hospitalisation adultes sont « embolisés » par des patients qui relèveraient de structures au long cours.

En matière de précarité, le constat est posé que le suivi psychiatrique des jeunes adultes en errance reste un problème mal solutionné, problématique encore plus aiguë pour les sortants d'hospitalisation en situation de grande précarité. Ces difficultés, souvent dues au coût du transport, seront étudiées, dans le cadre du schéma AHI en cours d'élaboration.

Les conclusions de l'état des lieux font également apparaître l'importance d'établir un lien santé/social, pour une meilleure connaissance du travail des uns et des autres, et la nécessité de promouvoir des formations communes.

Enfin, l'équipe santé mentale préconise une étude sur les maisons communautaires et une réflexion pour développer les structures médico-sociales, de type FAM ou SAMSAH, pour couvrir les besoins des personnes atteintes de pathologies mentales stabilisées.

B) Le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes adultes handicapées.

Le schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes adultes handicapées de Côte d'Or pour la période 2001-2006 a été arrêté conjointement par le préfet de Côte d'Or et le président du Conseil Général le 20 janvier 2001.

Ce schéma n'évoquait que brièvement les besoins concernant les personnes présentant des troubles psychiques. Les handicaps liés à la maladie mentale en ont été volontairement exclus, car ils nécessitaient une étude exhaustive, particulièrement lourde, qui, selon les rédacteurs, ne pouvait être menée dans le cadre de l'élaboration du schéma.

Concernant l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, le constat était posé, qu'un certain nombre de places en psychiatrie pourraient être reconverties en places de MAS ou de FAM et que, dans le cadre du placement familial, une collaboration entre l'EPSM la Chartreuse et le Département, pour le suivi des personnes malades mentales stabilisées était en cours de formalisation.

Le nouveau schéma, actuellement en phase préparatoire, couvrira la période 2008-2013. Des groupes de travail sont d'ores et déjà prévus dont l'un portera sur le handicap psychique, animé par un psychiatre, dans un souci de créer un lien entre sanitaire et médico-social. Un autre groupe de travail portera sur l'articulation du sanitaire et du médico-social, pour tout type de handicap. Il sera animé par un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et aura pour but de rechercher les solutions pour assurer une continuité des prises en charge.

### **2.3 Une volonté de dialogue entre les acteurs de terrain pour pallier les insuffisances du dispositif existant.**

Malgré la volonté des acteurs de terrain et les politiques locales mises en place, force est de constater que la prise en charge des personnes souffrant de handicap psychique reste à parfaire (2-3-1).

Les différents professionnels, conscients de ces difficultés, tentent d'instaurer, entre eux, un dialogue (2-3-2).

#### **2.3.1 Un dispositif de prise en charge encore insatisfaisant**

Force est de constater que les dispositifs mis en place n'apportent pas toutes les réponses. Cela se traduit par des relais encore insuffisants à l'issue d'une prise en charge en institution (A) et par un nombre encore important de patients hospitalisés faute d'autres solutions (B).

##### **A) La nécessité de trouver des relais**

Toute sortie d'hospitalisation ou d'un dispositif quel qu'il soit, doit être préparée en amont. L'absence de préparation et de coordination des différents acteurs peut conduire à des ruptures de prise en charge qui, à terme, vont s'avérer néfastes pour la personne et son entourage.



Ainsi, cela peut conduire à des ré-hospitalisations et peut-être, finalement à une prise en charge dans une unité de patients chroniques, alors que le travail de réinsertion accompli dans l'une ou l'autre de ces structures, pouvait laisser présager une possible autonomie et une vie dans la cité.

A la sortie d'hospitalisation, on estime à 50% le nombre de patients qui retournent vivre dans leur famille et à 40% le pourcentage de patients qui abandonnent leur traitement dans l'année qui suit la sortie d'hospitalisation, du fait du déni de la maladie ou du manque d'accompagnement.

Tout retour en famille non préparé et adapté, a un impact important aussi sur l'entourage de la personne, qui vit alors dans l'angoisse de la survenue d'une crise et qui ne sait pas toujours comment réagir. La famille a tendance alors à s'isoler et à négliger ses loisirs, pour se consacrer presque exclusivement à son « malade ».

Selon un psychiatre le manque de réponse aggrave souvent la situation des personnes, et cela se trouve confirmée par une augmentation des hospitalisations, en période de week-end par exemple.

Ainsi, en Côte d'Or, hormis l'ESAT le GOELAND où les durées de séjour sont longues, les prises en charge dans les structures comme la maison MATISSE ou le foyer ICARE ne sont que temporaires. Elles sont limitées à trois ou quatre ans. Il est alors légitime de s'interroger sur le devenir des patients à la sortie. Si certains patients sont capables de mener une vie autonome à l'extérieur, d'autres au contraire, ne sont pas en capacité de s'assumer complètement.

La sortie de la résidence ICARE constitue souvent une rupture avec une prise en charge intensive, et place la personne dans une situation où le dispositif social ou médico-social est encore insuffisant pour garantir une stabilité des résultats obtenus. Le directeur du foyer ICARE regrette que rien ne soit prévu pour la poursuite de la prise en charge à l'extérieur et que, dans certains cas « tout ce qui a été fait, retombe ». La présidente de l'UNAFAM estime quant à elle que le travail fait à MATISSE et ICARE est de bonne qualité, mais déplore également un manque de dispositif à la sortie, de type SAVS ou SAMSAH, qui permettrait une continuité de la prise en charge.

La solution proposée, est souvent le retour en famille et le suivi en ambulatoire, qui n'est pas toujours le mieux adapté.

En effet, les CMP sont des lieux de consultations programmées et les délais pour obtenir un rendez vous peuvent être longs, alors que des réponses brèves, intensives, efficaces et réalistes pendant un épisode aigu pourraient éviter des hospitalisations.

Par ailleurs, certains patients pris en charge en ambulatoire relèveraient plutôt de dispositifs sociaux ou médico-sociaux.

Le jeune schizophrène rencontré m'a indiqué que bien que la prise en charge en CATTP lui convienne, les activités proposées ne l'occupent qu'une partie de la semaine. Il n'a pas pour l'instant de véritable projet de vie, alors qu'il avoue avoir envie de reprendre ses études. Aucun accompagnement n'est mis en place pour le conseiller et l'encourager dans cette voie. Il m'est apparu alors regrettable qu'aucun relais ne soit mis en place, pour lui permettre une réinsertion sociale et professionnelle.

Par ailleurs, la prise en charge en ambulatoire repose sur le volontariat de la personne. Il est difficile dans ces conditions de s'assurer du suivi du traitement par un patient et de sa participation aux activités. Selon une infirmière de CMP, lorsqu'une personne ne se présente pas à un rendez-vous, elle le contacte mais n'a aucun moyen de le contraindre. Les conséquences peuvent parfois être dramatiques. L'arrêt brutal du suivi peut mettre en péril tout le travail fait auparavant et oblige souvent à reprendre la prise en charge du début.

C'est ce qui est arrivé au jeune schizophrène, comme il lui semblait que son état s'était amélioré, il a arrêté son traitement et n'a plus participé aux activités. Cela a eu pour conséquence une recrudescence des troubles qui l'ont conduit à une nouvelle hospitalisation.

Par ailleurs, selon l'UNAFAM 4/5<sup>ème</sup> des personnes souffrant de troubles psychiques vivent dans la cité et toutes ne font pas de demandes auprès de la MDPH pour la reconnaissance du statut de personnes handicapées, soit par déni de la maladie, soit par manque d'information et toutes ne sont pas connues des services de psychiatrie.

#### B) La présence de patients inadéquats dans les hôpitaux psychiatriques

Il est indéniable qu'il existe dans les unités d'hospitalisation des patients qui relèveraient d'une autre prise en charge, par manque de dispositifs d'accompagnement à l'extérieur, et pour lesquels, aucun projet de vie n'a jamais pu être mis en place.

Les conclusions de l'état des lieux réalisés par l'équipe projet santé mentale de la DDASS montrent que, bien que le département de Côte d'or se situe globalement dans la moyenne pour les moyens sanitaires disponibles, les services sont saturés, notamment par la présence de patients inadéquats.

Au niveau national le nombre « d'inadéquats » est estimé à 25% des patients hospitalisés.

Il s'agit de patients psychotiques, dits chroniques, hospitalisés dans les unités d'hospitalisation des établissements de santé, par manque de structures susceptibles de les accueillir sur une longue durée ou par manque de dispositifs d'accompagnement à l'extérieur.

Selon la présidente de l'UNAFAM, beaucoup de personnes sont hospitalisées depuis de nombreuses années, notamment dans les unités d'entrée des hôpitaux psychiatriques, lieux bruyants, générateurs de stress, car destinés à accueillir des personnes en crise. De ce fait, le personnel est peu disponible pour des sorties et des accompagnements individualisés et l'élaboration d'un projet de vie, permettant une évolution de l'état de la personne, ne peut être mis en place.

Le manque de relais à la sortie d'hospitalisation ou d'une autre structure, la présence de patients inadéquats dans les unités d'hospitalisation montrent que l'articulation des acteurs peut encore être améliorée. Les acteurs de terrain, conscients de ces difficultés, tentent d'instaurer entre eux un dialogue, pour apporter des réponses adaptées aux besoins des personnes.

### **2.3.2 La volonté des acteurs de terrain de travailler en partenariat**

Si les attentes de chacun sont fortes les uns vis-à-vis des autres, force est de constater que les professionnels des divers champs tentent d'instaurer entre eux un dialogue.

#### **A) Des professionnels aux attentes fortes les uns vis-à-vis des autres**

Dans le cadre de l'analyse sur les freins et les conditions de réussite de l'articulation entre les politiques, prévue par la circulaire du 30 mars 2006, une équipe de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), de la CNSA et du ministère de la santé (DHOS, DGAS) s'est déplacée en Bourgogne en novembre 2006. Le choix a été fait de travailler avec deux départements, dont la Côte d'Or en raison du nombre important d'interlocuteurs à rencontrer.

Etaient présents à ces tables rondes, les acteurs régionaux de l'Etat et des départements concernés (ARH, DRASS, DDASS, éducation nationale, les services du travail et de l'emploi, de l'équipement de la justice et l'assurance maladie), les directions d'établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, les directeurs et les représentants des équipes d'évaluation des MDPH, les représentants d'associations gestionnaires d'établissements médico-sociaux et sociaux, des usagers, des familles, les représentants des conseils généraux et des communes.

Au niveau régional, ces rencontres ont montré que, d'une façon générale, les acteurs du champ sanitaire comme les acteurs du champ social et médico-social ont des attentes fortes les uns vis-à-vis des autres. Chacun fait le double constat de l'insuffisance de réponse dans l'autre champ et de l'insuffisance de ses propres moyens face à la demande.

**Pour les professionnels soignants**, les attentes concernent essentiellement la nécessité de trouver des relais sociaux et médico-sociaux. L'accent est mis sur les établissements d'accueil tels que MAS, FAM, familles d'accueil. Pour eux, le manque de relais entraîne la non-effectivité des orientations prononcées au titre du handicap. Par ailleurs, les demandes d'hospitalisation qui émanent des établissements sociaux et médico-sociaux sont souvent considérées comme une défausse par les professionnels du champ sanitaire. Ils considèrent que les professionnels du social et du médico-social attendent trop d'eux.

Il est reproché aussi une non permanence de l'accompagnement social ou médico-social les week-ends et pendant les vacances.

Les professionnels de santé contestent également la rigidité des orientations concernant notamment l'insertion professionnelle. Une personne orientée en ESAT, mais qui n'y trouve pas sa place ne peut être accompagnée en milieu ordinaire et est ainsi empêchée de trouver un emploi.

**Pour les professionnels sociaux et médico-sociaux**, les attentes concernent plus particulièrement une aide pour la compréhension des personnes souffrant de troubles psychiques et la dispensation de soins diligents auprès des personnes, qui supposent autant la réactivité que la continuité dans le temps. Parallèlement, ils reprochent aux professionnels du soin de ne pas connaître les difficultés que peuvent rencontrer le personnel des établissements sociaux ou médico-sociaux, dans la prise en charge des troubles psychiques.

Ils font état également d'un manque de psychiatre dans les services de santé mentale et d'un morcellement du dispositif, dû à une conception rigide de la sectorisation, qui crée la confusion dans le recours aux soins, selon le parcours de la personne, ainsi des renvois mutuels entre les secteurs pour les personnes sans domicile.

Le manque de réactivité des équipes de psychiatrie, qui oblige à recourir à l'urgence et à l'hospitalisation sous contrainte, est également avancé, ainsi que le désengagement des équipes de secteur, après l'admission d'une personne dans un établissement médico-social. Le manque d'informations relatives aux patients, durant une hospitalisation sous prétexte du secret médical, constitue également un sujet de discorde.

**Les familles** quant à elles expriment des attentes vis-à-vis des deux champs, notamment de la psychiatrie. Elles attendent plus de mobilité, la réactivité et la continuité des soins qui suppose une démarche vers la personne.

Ces attentes ne font toutefois pas obstacle à un travail en commun et à l'issue de ces constats, le dialogue tend à s'amorcer.

B) L'amorce d'un dialogue et d'un travail en partenariat

Même si l'absence de liens entre les différents secteurs est parfois assortie de termes forts par les interlocuteurs, une amorce de dialogue apparaît.

Ainsi, si le directeur du foyer ICARE évoque la difficulté de faire reconnaître le travail fait à ICARE par le personnel soignant, et souligne l'absence de collaboration fondamentale des services de psychiatrie, il reconnaît que cette situation est en voie d'amélioration.

Pour illustrer son propos, il cite l'exemple d'un résident qui a du être hospitalisé. Dans un premier temps, il a été très difficile de le faire admettre en hospitalisation. Par la suite, aucun contact n'a pu être établi durant toute la durée d'hospitalisation et l'équipe du foyer n'a pas été prévenue à l'avance de la sortie du résident.

L'équipe du foyer a alors souhaité rencontrer l'équipe soignante de l'EPSM. Selon le directeur, cette rencontre a été fructueuse et des liens commencent à se tisser, qui peuvent laisser penser que de telles situations ne se reproduiront plus.

Le groupe de travail, constitué dans le cadre de la CRCSM sur le thème de l'articulation du sanitaire et du social et médico-social est aussi une illustration de cette amélioration du dialogue. Si ce groupe a eu du mal à démarrer du fait d'une vision différente des politiques des membres, issus de domaines différents, les difficultés se sont peu à peu résorbées et des travaux ont pu être élaborés.

Chaque professionnel, qu'il soit issu du secteur sanitaire ou du secteur social et médico-social s'accorde à dire que le travail en bonne relation et en complémentarité nécessite plusieurs conditions : chacun doit accepter ce que fait l'autre, être en confiance et ne pas se sentir jugé, mais aussi savoir reconnaître ses limites

Ces conditions ne sont pas encore entièrement réunies actuellement, et l'impression demeure que « chacun travaille dans son coin sans vraiment chercher à connaître ce que fait l'autre », mais tout cela tend à s'améliorer.

Alors qu'avant l'hôpital travaillait sans trop chercher à savoir ce qui se passait dehors, on voit apparaître maintenant plus de cohérence dans les prises en charge. La création des structures médico-sociales par les établissements de santé en est une illustration, permettant de faire cohabiter éducateurs et médecins, et d'échanger les pratiques.

D'autre part, si auparavant les personnels des établissements de santé ne voyaient pas d'un très bon œil les associations de familles et d'usagers, ce point de vue a lui aussi évolué. Ainsi, l'UNAFAM est présente au conseil d'administration de l'EPSM, comme le prévoit les textes, mais elle tient également une permanence pour l'accueil, l'écoute et l'information des personnes et de leur famille dans l'enceinte même de l'établissement.

Les difficultés pour les établissements qui accueillent des personnes en situation de précarité, tels que les CHRS, sont d'un ordre différent. Il leur est parfois difficile d'obtenir un suivi régulier des personnes et aussi d'assurer une prise en charge dans la durée.

Les travailleurs sociaux et les personnels des centres d'hébergement sont souvent désarmés devant les pathologies psychiatriques. Ils déplorent la réticence des équipes de secteur à intervenir dans l'établissement, sachant qu'il leur est aussi très difficile d'amener les personnes à entrer dans une démarche de soins continue. La création de l'équipe mobile psychiatrie/précarité devrait permettre d'apporter un début de solution à ces difficultés.

Ainsi, l'articulation entre les différents acteurs de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques tend à se développer en Côte d'Or, que ce soit par les acteurs institutionnels, mais aussi par les professionnels qui recherchent des solutions et qui sont prêts à travailler ensemble.

Il convient toutefois de leur permettre d'aller plus loin et mettre en place des partenariats encore plus efficaces, pour une prise en charge globale des personnes.

### **3 Éléments de réponses et perspectives d'évolution pour une articulation des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux en Côte d'Or.**

Le rôle de l'IASS est d'assurer la cohérence des politiques de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Pour cela, il doit être l'interface entre les différents professionnels, pour les amener à rechercher ensemble les solutions les mieux à même de répondre aux besoins des personnes, dans leur globalité.

Plusieurs axes de travail peuvent être développés.

Dans un premier temps, pour apporter des réponses adaptées, il convient d'établir précisément un état des besoins, quantitatif et qualitatif (3-1). Cet état des lieux, n'est pas en lui-même une solution, mais doit s'accompagner du développement de partenariat entre les acteurs dans le cadre de coopération et de développement de structures complémentaires les unes ou autres (3-3).

Mais pour pouvoir travailler ensemble, encore faut-il apprendre à se connaître. Pour cela, l'IASS, de par sa connaissance des acteurs, qu'ils relèvent du champ sanitaire ou du champ social et médico-social, doit promouvoir l'amélioration des connaissances réciproques des uns et des autres par des actions de formation et d'information (3-2).

La création prochaine des ARS, constituera aussi un élément d'articulation (3-4).

#### **3.1 La nécessité d'évaluer les besoins pour apporter une réponse adaptée.**

Cette évaluation doit être quantitative (3-1-1), mais aussi qualitative (3-1-2).

##### **3.1.1 Evaluation quantitative**

Que ce soit dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire ou de l'instruction du projet de FAM de l'EPSM la Chartreuse, j'ai tenté d'obtenir des indications précises quant aux besoins, en termes qualitatif et quantitatif, pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Les éléments obtenus sont restés imprécis, chaque fois il m'était répété que « il y a des besoins, mais ils ne sont pas couverts », sans plus de précision.

Une des difficultés dans le handicap psychique est de recenser avec exhaustivité le nombre de personnes concernées. Toutes les personnes qui souffrent de troubles psychiques ne sont pas forcément reconnues handicapées, du fait du déni de la maladie ou d'autres facteurs. Par ailleurs, certaines personnes sont prises en charge dans des établissements médico-sociaux qui relèvent d'un autre agrément

Aussi, il conviendrait d'établir un recensement le plus précis possible du nombre de personnes, souffrant de troubles psychiques, qui nécessiteraient une prise en charge adaptée. Ce recensement pourrait se faire par l'envoi de questionnaires à l'ensemble des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés du département pour déterminer le nombre de personnes accueillies, mais dont le handicap ne correspond pas à la population qu'ils accueillent habituellement.

Des questionnaires pourraient également être envoyés aux établissements sociaux pour déterminer le nombre de résidents qui ont eu, ou qui ont encore un suivi psychiatrique, ainsi que le nombre de personnes qui en auraient besoin.

Le questionnaire pourrait être réalisé soit dans le cadre du groupe de travail sur le handicap psychique, constitué pour l'élaboration du schéma départemental ou dans la continuité de la mission du groupe projet santé mentale de la DDASS.

Cet état des lieux permettrait de prévoir dans le futur schéma le développement nécessaire des dispositifs de prise en charge et de réviser si besoin était le PRIAC.

Après ce premier recensement, et afin d'assurer un suivi dans l'évolution des besoins, il conviendrait d'envisager la création d'une cellule de veille, qui aurait pour mission d'actualiser l'étude de besoins à partir de données transmises par les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux du département, qui accueillent des personnes souffrant de troubles psychiques, et l'équipe mobile psychiatrie/précarité.

L'actualisation des données pourrait également être complétée par les différentes études réalisées dans le département, notamment par le CREAL.

Des réunions régulières de cette cellule de veille pourraient également être organisées, auxquelles seraient invités les responsables d'établissements sociaux, médico-sociaux et des établissements de santé et les associations.

Cette évaluation quantitative doit être complétée par une évaluation qualitative des besoins pour déterminer quels types de services il convient de développer.

### **3.1.2 Evaluation qualitative**

Selon l'UNAFAM, il y a une réelle méconnaissance du handicap psychique par les équipes des MDPH.

Au sein des MDPH, les équipes qui instruisent les dossiers des personnes en situation de handicap psychique sont les mêmes que pour l'instruction des dossiers des autres types de handicap. Un psychiatre participe toutefois à l'évaluations des besoins.



La MDPH oriente les personnes pour un type de prise en charge (FAM, MAS, ESAT, temporaire, à l'essai) mais non vers un établissement précis, sauf pour le foyer ICARE.

L'instruction des dossiers de personnes souffrant de handicap psychique reste insatisfaisante, en termes d'orientation et de suivi et l'évaluation des besoins se heurte à des difficultés du fait des spécificités du handicap psychique.

Pour améliorer cette évaluation, on peut se référer à ce qui a été fait dans le Rhône. La directrice de la MDPH a mené une réflexion pour créer une meilleure articulation de tous les acteurs en charge de la maladie psychique et ses conséquences en termes d'incapacité et de déficience. Cette réflexion a réuni une association de personnes qui ont en charge la réhabilitation socioprofessionnelle, des représentants des hôpitaux psychiatriques, l'UNAFAM et des membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Ce groupe avait préconisé la mise en place d'outils communs pour recueillir dans un langage commun des informations médicales, personnelles et le projet de vie de la personne. Un outil d'évaluation médico-social du handicap psychique a été élaboré par les équipes psychiatriques pour la MDPH.

Cette réflexion a été reprise par la CNSA, dans le cadre de l'expérimentation en cours sur l'évaluation conjointe des équipes MDPH et équipes de secteur, dans 15 sites dont les résultats devraient bientôt être connus.

Cette expérimentation, si elle se révèle concluante et donne lieu à une généralisation sur l'ensemble du territoire pourrait permettre une amélioration de la prise en charge et de l'évaluation des besoins.

A défaut, la réflexion conduite dans le Rhône pourrait être transposée en Côte d'Or.

Une fois l'évaluation des besoins établie, il convient afin d'amener les professionnels, pour travailler ensemble, à mieux se connaître.

### **3.2 Améliorer la connaissance réciproque des acteurs**

On l'a vu, une des principales causes de clivage entre les professionnels des champs sanitaires et sociaux et médico-sociaux vient d'un manque de connaissance et de reconnaissance mutuelle, qui doit être atténué par la diffusion d'informations communes (3-2-1) mais aussi par l'organisation de formations communes (3-2-2).

### **3.2.1 Diffuser le plus largement possible le répertoire établi par le groupe de la CRCSM**

Le répertoire des structures à l'articulation du sanitaire et du médico-social, développé par le groupe articulation sanitaire et médico-social de la CRCSM, devrait bientôt être finalisé. Il conviendrait d'organiser, pour sa diffusion, une réunion de l'ensemble des responsables dont la structure a été répertoriée, ainsi que les acteurs qui œuvrent dans le domaine du handicap psychique (associations, familles, établissements sociaux, travailleurs sociaux du département, responsables de centres communaux d'action sociale).

Cela permettrait aux auteurs, d'une part d'expliquer les raisons et les finalités de ce répertoire et d'autre part, aux partenaires de se l'approprier, afin qu'il ne reste pas un document supplémentaire, qui serait au final négligé. Cette réunion permettait aussi un échange entre les différents partenaires qui auraient ainsi la possibilité d'évoquer les problèmes rencontrés dans la prise en charge, et au final, pourquoi pas, faire émerger de nouveaux projets.

### **3.2.2 Encourager les formations communes**

Une des principales causes du manque d'articulation entre les différents acteurs de prise en charge du handicap psychique, est le manque de formations communes et de langage commun.

Il conviendrait d'encourager l'EPSM a développé des actions de formation à l'encontre des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux

Ces formations ont pour objectif de faire en sorte que les acteurs puissent se connaître, à l'échelle du territoire (connaissance des individus, des institutions, des missions, des modes de fonctionnement et des contraintes) Elle permettrait aussi de se reconnaître et de prendre en compte la légitimité et les logiques d'intervention des autres partenaires et de mettre en place des habitudes de rencontre et de travail en commun. Cette formation pourrait être complétée par des périodes de stages croisés.

Des formations de ce type ont déjà été mises en place dans d'autres départements, sur le thème de « souffrance psychique et précarité », notamment à l'EPS de Ville Evrard. Cette initiative a d'ailleurs été désignée lauréate du grand prix ANFH 2008<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Prix décerné par l'association nationale pour la formation professionnelle des personnels de la fonction publique hospitalière (ANFH) pour mettre en valeur les dispositifs et les actions de formation les plus remarquables.

L'IASS peut inciter l'établissement concerné à organiser cette formation, mais aussi les autres professionnels à y participer. Il peut également, en lien avec l'ARH, octroyer des crédits sur le plan psychiatrie santé mentale.

La meilleure connaissance des acteurs leur permettrait ainsi de développer ensemble des modalités de prise en charge en partenariat.

### **3.3 Le développement de travail en partenariat**

Il convient là d'inciter les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux à travailler en coopération, (3-3-1) mais aussi à développer ensemble de nouvelles structures (3-3-2).

#### **3.3.1 Les coopérations.**

Le travail en coopération peut prendre la forme soit de réseau, soit de participation à des groupements de coopération.

➤ Le développement des réseaux.

Les réseaux ont pour mission de coordonner les soins en intégrant une dimension médico-sociale. La notion de réseau se concrétise par la mise en place de lieu et de temps de rencontres, de réflexions. Elle conduit à des définitions communes, des constats et des objectifs partagés et un véritable travail en partenariat.

Le handicap psychique correspond bien à la nature d'un réseau, puisqu'il nécessite à la fois un suivi psychiatrique et un accompagnement social.

Le réseau présente comme avantage d'être souple dans sa mise en œuvre et donne lieu à des financements spécifiques dans le cadre du fonds d'intervention pour la cohérence et la qualité des soins (FICQS).

On peut se référer à l'exemple du dispositif « PLATEFORME SANTE MENTALE » mis en place dans le Bas Rhin, qui a pour objectif d'organiser des réunions régulières de médecins, travailleurs sociaux, personnels hospitaliers, sur des thèmes particuliers et les difficultés rencontrées par les uns et les autres, ainsi que la recherche de solutions.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale doit encourager les acteurs à s'engager dans cette voie, accompagner et soutenir les projets pour obtenir des financements.

En Côte d'Or, ce réseau pourrait être constitué de personnel soignant des établissements de santé qui ont une activité de psychiatrie, et de travailleurs sociaux. Il conviendrait également d'inciter les associations qui oeuvrent dans le domaine du handicap psychique, telles que l'UNAFAM, l'association « Revivre Côte d'Or », la FNAPSY à s'intégrer dans ces réseaux. Les personnels d'établissements médico-sociaux qui accueillent de personnes handicapées psychiques pourraient également en faire partie.

Ce réseau permettrait ainsi un partenariat et des recherches de solutions concertées lors de la sortie de l'hôpital. Il permettrait aussi aux établissements médico-sociaux d'avoir un interlocuteur en cas de crise.

Il conviendra également de penser plusieurs réseaux pour couvrir l'ensemble du territoire.

➤ Les groupements de coopération

La loi du 2 janvier 2002 promeut la coopération entre les différents acteurs, par la création des GCSMS et la possibilité pour les établissements de santé d'y adhérer.

Les GCSMS ont pour avantage de permettre à des professionnels de champ différent d'intervenir ensemble et permet également de partager des temps de praticiens, notamment les psychiatres.

La création d'un GCSMS permettrait ainsi la constitution d'équipes pluridisciplinaires qui associeraient du personnel soignant et des travailleurs sociaux.

La prise en charge du handicap psychique pourrait constituer l'un des objectifs d'un GCSMS et permettre ainsi de conjuguer des approches complémentaires afin de répondre aux besoins.

### **3.3.2 Le développement de structures par des associations, en collaboration avec l'EPSM**

En Côte d'Or, les agréments d'autorisation délivrés pour la création de structures médico-sociales ne font pas référence aux troubles psychiques. La problématique santé mentale est abordée par le biais de l'autisme et des déficiences intellectuelles. Les associations sont peu investies dans la création de structures.

Devant cette carence, l'EPSM et les autres établissements de santé du département ont développé leur propre structure, comme évoqué précédemment.

Si on est bien là dans une logique d'articulation sanitaire et médico-sociale, il convient toutefois de rester vigilant sur la prise en charge des personnes. Les établissements de santé doivent élaborer de nouveaux projets, différents de celui de l'établissement de

rattachement. Il ne doit pas s'agir d'un abandon de la prise en charge par un établissement de santé, mais de sa poursuite selon d'autres modalités pour compléter le dispositif.

Cette possibilité offerte aux établissements de santé leur permet de créer leurs propres structures sans avoir à tenir compte des institutions environnantes, notamment des associations de familles et d'usagers, ce qui peut être ressenti comme allant à l'encontre d'une articulation entre les différents champs d'intervention.

Selon les associations, tout ce qui se fait à partir des établissements de santé a un côté positif car cela permet de développer des dispositifs de prise en charge qui associent un volet accompagnement social et un volet soin, mais ne favorise pas l'implication d'association dans la création de structures médico-sociales.

Mais les associations doivent aussi s'investir dans la création de structures et il appartient à l'IASS de les inciter et de les soutenir dans cette démarche, avec l'appui des professionnels des établissements de santé. Il pourrait s'agir de dispositifs tels que les SAMSAH ou le développement de l'accueil temporaire.

#### ➤ Les SAMSAH

Les SAMSAH sont des structures de proximité en milieu ouvert qui répondent à une volonté de maintenir les personnes dans leur milieu de vie. Une équipe pluridisciplinaire, composée d'éducateurs spécialisés, d'assistants sociaux, de médecins et d'infirmiers, intervient au domicile des personnes. Les SAMSAH ont pour vocation de réaliser, en plus du soin, des missions d'intégration sociale et professionnelle.

En Côte d'Or, 3 places de SAMSAH pour personnes handicapées psychiques sont financées, au 1<sup>er</sup> avril 2008, gérées par la mutualité française, intégrées à un SAMSAH de 20 places, qui a vocation à intervenir pour la prise en charge de tout type de handicap. L'EPSM de la Chartreuse a, quant à lui, un projet de création de 20 places.

Des places nouvelles pour handicap psychique sont inscrites au PRIAC pour la période 2010-2012.

En Côte d'Or, le Conseil Général, les associations et l'EPSM ne sont pas d'accord sur ce que doit être un SAMSAH. Le Conseil Général privilégie les SAMSAH généralistes, susceptibles d'intervenir pour tout type de handicap.

Les acteurs de terrain, quant à eux, souhaitent des places de SAMSAH dédiées au handicap psychique. Ils estiment qu'un même service ne peut pas avoir deux compétences distinctes. La spécificité du handicap psychique requiert des professionnels des compétences particulières, afin d'établir des liens avec les personnes pour les amener à s'inscrire dans une démarche de suivi de soins. Cette difficulté n'existe pas avec les autres types de handicap.

Quoiqu'il en soit, il serait opportun que les associations qui s'occupent de personnes souffrant de troubles psychiques soient volontaires pour créer des places de SAMSAH, en lien avec les professionnels de l'EPSM.

➤ Développement de l'accueil temporaire

La loi du 2 janvier 2002 a reconnu l'accueil temporaire comme un élément de réponse aux personnes handicapées et à leurs familles. Un décret du 17 mars 2004<sup>32</sup> est venu préciser la définition et l'organisation de cette modalité de prise en charge.

L'accueil temporaire est mis en œuvre par les établissements sociaux ou médico-sociaux, soit exclusivement, soit en complément d'un autre mode de prise en charge. L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie des personnes et à faciliter ou prévenir leur intégration sociale. L'accueil temporaire peut se faire à temps complet, à temps partiel ou en mode séquentiel, sous forme d'hébergement mais aussi d'accueil de jour.

L'accueil temporaire peut être proposé en complément des prises en charge habituelles faites par les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Il a pour but d'organiser pour les intéressés des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge. Il peut répondre à une interruption de prise en charge ou constituer une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée des besoins ou à une situation d'urgence.

L'accueil temporaire permet aussi à l'entourage d'être relayé dans l'accompagnement de la personne. L'admission se fait par orientation de la CDAPH, qui se prononce sur une durée annuelle, qui ne peut excéder 90 jours.

---

<sup>32</sup> Décret 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées dans certains établissements et services mentionnés à l'article L312-1 et L314-8 du code de l'action sociale et des familles.

En matière de handicap psychique cette solution pourrait permettre à des personnes hospitalisées au long cours de faire des séjours dans un autre établissement, leur permettant ainsi de sortir du cadre dans lequel ils vivent habituellement.

Pour les personnes qui vivent à domicile, cela permettrait à la famille d'avoir un répit. Pour les personnes qui vivent seules, l'accueil temporaire pourrait leur apporter des moments de prise en charge plus contenant.

### **3.4 La création des Agences Régionale de Santé (ARS): vers une meilleure articulation des politiques de prise en charge ?**

La loi hôpital patient santé territoire, qui va prochainement être débattue devant le Parlement prévoit la création des Agences Régionales de Santé.

Les ARS, établissement public administratif, regrouperont l'Etat et l'Assurance maladie, et seront compétentes sur l'ensemble des champs préventif, curatif et médico-social.

Elles s'appuieront sur une conférence régionale de santé et deux commissions de coordination, dont l'une destinée à l'accompagnement médico-social.

Au niveau régional, cette nouvelle organisation laisse à penser que la réunion au sein d'une même autorité en matière sanitaire et médico-social permettra une meilleure articulation des politiques.

Deux points prévus dans le cadre des ARS permettront peut être d'apporter des réponses aux difficultés évoquées précédemment.

En effet, il est prévu la mise en place d'un schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale, qui permettrait une meilleure cohérence territoriale des schémas.

Par ailleurs, en matière de développement de l'offre médico-sociale, les ARS fonctionneront par le biais de la procédure d'appels à projet.

Cette procédure d'appels à projet permettra, sur la base d'une évaluation des besoins préalable, de développer l'offre adaptée. Il conviendra alors d'inciter et d'aider les associations à répondre à ces appels à projet.

Néanmoins, en matière d'action sociale, le Président du Conseil Général demeure l'autorité compétente sur son département, notamment pour l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Les compétences aujourd'hui dévolues aux DDASS en matière d'action sociale, vont être transférées à la Direction de la Cohésion Sociale, qui sera sous l'autorité du Préfet de Département.

Des passerelles devront donc être instaurer entre le niveau régional des ARS et le niveau départemental du Préfet et du Président du Conseil Régional. La mise en place d'antenne des ARS dans chaque département, telle qu'elle est prévue, permettra de maintenir un lien entre ces différents niveaux.

I



## **Conclusion**

Les personnes souffrant de handicap psychique doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale et continue, qui implique l'intervention de différents acteurs, qui doivent travailler en complémentarité.

Reconnue depuis de nombreuses années, la nécessité d'articuler les interventions des professionnels des différents champs dans la prise en charge du handicap psychique, est encore difficile à mettre en œuvre, malgré la volonté des pouvoirs publics qui développent des nouvelles modalités de coopération, mais aussi des acteurs de terrain qui recherchent ensemble des solutions.

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, au sein d'une institution qui associe les politiques sanitaires et sociales, se doit d'assurer la cohérence des actions et d'être le lien entre les différents acteurs, pour les amener à travailler en partenariat, avec pour objectif l'optimisation des réponses apportées aux personnes.

La création des ARS va modifier le paysage institutionnel, et permettra d'assurer une meilleure articulation entre le sanitaire et le médico-social. Mais dans le même temps cette nouvelle organisation sépare le domaine social, qui relèvera d'une autre administration, la Direction de la Cohésion sociale, créant peut être ainsi un nouveau clivage entre sanitaire et médico-social d'une part et social d'autre part.

Des liens seront donc à établir entre ces différentes instances. L'IASS pourra être amené à travailler dans l'une ou l'autre de ces structures et par conséquent, il pourra conserver son rôle d'interface entre les différents domaines.

---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes législatifs et règlementaires

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (en ligne). Journal officiel du 3 janvier 1971, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal officiel, du 1<sup>er</sup> juillet 1975.

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel du 1<sup>er</sup> juillet 1975.

Lois n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. (en ligne). Journal officiel du 26 juillet 1985, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique (en ligne). Journal officiel du 1<sup>er</sup> janvier 1986, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (en ligne). Journal officiel n°179 du 2 août 1991, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. (en ligne). Journal officiel du 4 janvier 1992, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale Journal officiel du 3 janvier 2002.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (en ligne). Journal officiel du 5 mars 2002, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°2004-626 du 30 juin 2004, relative à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (en ligne). Journal officiel n°151 du 1<sup>er</sup> juillet 2004., disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales. Journal officiel n°190 du 13 août 2004, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n°36 du 12 février 2005, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Journal officiel n°98 du 25 avril 1996, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative réforme de l'organisation hospitalière publique et privée Journal officiel n°98 du 25 avril 1996, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, soumis à autorisation. (en ligne). Journal officiel n°206 du 6 septembre 2003, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Décret 78-1211 du 26 décembre 1978 portant application de l'article 46 de la loi 75534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (maisons d'accueil spécialisées). Journal officiel du 28 décembre 1978 disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation de fonctionnement ainsi que de l'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L6321-1 du CSP. Journal officiel n°294 du 18 décembre 2002, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Décret n°2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L312-1 et à l'article L314-8 du code de l'action sociale et des familles. (en ligne). Journal officiel n°66 du 18 mars 2004, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés. Journal officiel n°61 du 13 mars 2005, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

MINISTERE DE LA SOLIDARITE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE  
Circulaire n°SPSP9000552C du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITE.  
Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais.  
Bulletin officiel n°2002-52 (en ligne), disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE  
Circulaire DGS/SD6C/DHOS/02/DGAS/CNSA n°2006-149 du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES – CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. Circulaire DGS/SD6C/DHOS/02/DGAS/CNSA 84 du 1<sup>er</sup> mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, circulaire n°DHOS/02/DGAS/3SD/DGS/MC4/CNSA n°2008-163 du 19 mai 2008 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2008 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

MINISTERE DU LOGEMENT ET DE LA VILLE circulaire DGAS/DGALN/2008/248 du 27 août 2008 relative à la création des maisons relais.

## **Ouvrages :**

BAUDURET JF – JAEGER M, 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale histoires d'une refondation*, PARIS, éditions DUNOD 2<sup>ème</sup> édition 342 pages.

BAPTISTE R, 2005, *Reconnaître le handicap psychique : développer et améliorer la réinsertion professionnelle*, Lyon, éditions Chroniques Sociales, 165 pages.

JAEGER M, 2006, *L'articulation du sanitaire et du social, travail social en psychiatrie*, PARIS, éditions DUNOD, 2<sup>ème</sup> édition, 166 pages.

○

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 2005, *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?* RENNES, éditions ENSP, 93p.

## **Articles de périodiques :**

LAUNAT D, CHAPIREAU F, DURAND, B 2005, « maladie mentale et situation de handicap » *Pratiques en santé mentale*, n°1, pp 3-88

MNASM, 1999, « des réseaux pour la santé mentale ». *Lettre pluriel*, n°17. Disponible sur internet <http://www.MNASM.fr/>

MNASM, 1999 « comment articuler le sanitaire et le médico-social ». *Lettre pluriels*, n°19 Disponible sur internet <http://www.MNASM.fr/>

MNASM, 2007 « Les hébergements des patients psychiatriques : réflexion à partir des expériences en Ile de France ». *Lettre pluriels*, n°65. Disponible sur internet <http://www.MNASM.fr/>

MNASM, 2008 « la CNSA et le handicap psychique. De l'évaluation à la compensation ». *Lettre pluriels*, n°74. Disponible sur internet <http://www.MNASM.fr/>

JAEGER M, 1991, « la santé mentale est elle soluble dans le handicap ? », *Santé Publique*, Editions ENSP, Rennes, pp 64-65

JAEGER M, 1999 « mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie, pourquoi et comment » *Revue technologie et santé* n°1999/9.

Dossier, 2007, « action sociale et santé mentale : mariage d'amour ou mariage arrangé ? », *vie sociale*, n°1, 101p.

JAEGER M. 2002, « du soin à la réinsertion », *La santé de l'homme*, n 359, pp41-42.

KOVES V, 2002 « l'évaluation des besoins en santé mentale », *La santé de l'homme*, n 359, pp39-40.

FURTOS J, 2002, « souffrance psychique et souffrance sociale », *La santé de l'homme*, n 359, pp51-53.

CANNEVA J, 2002 « insertion sociale et professionnelle : l'attente des usagers », *La santé de l'homme*, n 359, pp 43-46.

FINKELSTEIN C, 2002, « le rôle des associations en santé mentale », *La santé de l'homme*, n 359, pp 19-20.

CUVILLIER N, 2002, « sectorisation psychiatrique et santé mentale, vers une nouvelle dynamique partenariale », *La santé de l'homme*, n 359, pp5.

### **Rapports et Etudes :**

CHARZAT M, 2002, rapport de mission « pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leur proche ».

CLERY-MELIN P, KOVES V, PASCAL JC, 2003, rapport de mission, « plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ».

Docteurs PIEL E, ROELANDT JL, 2001, rapport de mission « de la psychiatrie à la santé mentale ».

BELLAMY V, 2004, *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête santé mentale en population générale*, DRESS, Etudes et Résultats, n°347

CODELFY M, SALINES M, *les secteurs de psychiatrie générale en 2000 – évolution et disparités*, DRESS, Etudes et Résultats, n°342,

**Autres :**

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES, 2001 Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé

MINISTERE DE LA SANTE 2001, Plan Santé Mentale, *l'usager au centre du dispositif*

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, 2001, *Le livre blanc des partenaires de santé mentale, France*

Préfecture de Côte d'Or, Conseil Général de Côte d'Or, 2001. Schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux en faveur des personnes adultes handicapées.

**Site internet :**

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

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

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

[WWW.UNAFAM.fr](http://WWW.UNAFAM.fr)

[WWW.FNAPSY.fr](http://WWW.FNAPSY.fr)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et liste de réunions

Annexe 2 : Fiche de recensement des structures à l'articulation du sanitaire, du social et du médico-social,

Annexe 3 : Grille d'entretien avec les responsables du foyer ICARE et des maisons communautaires

Annexe 4 : Grille d'entretien avec la présidente de la délégation UNAFAM de Côte d'Or



## **Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et liste de réunions**

### **Liste des personnes rencontrées :**

Monsieur SOLOGNY, responsable du Foyer ICARE

Monsieur le Docteur WEIRICH : responsable des maisons communautaires

Monsieur ABDALLAH, : cadre de santé, unité les Propylées

Madame Jan, présidente de la délégation UNAFAM Côte d'Or

Madame GUEUGNON : inspectrice de l'action sanitaire et sociale, service personnes handicapées à la DDASS de Côte d'Or

Monsieur BUFFOT, responsable du service des établissements pour adultes handicapés au conseil général de Côte d'Or

Madame le docteur DIDOIN, médecin coordonateur de la MDPH Côte d'Or

Madame MALINAUD chargée de mission pour l'élaboration du schéma départemental en faveur des personnes handicapées de Côte d'Or

Madame le docteur JANDIN, médecin inspecteur régional à la DRASS Bourgogne, référente santé mentale,

Monsieur JUHAN, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

M, jeune schizophrène rencontré dans le cadre de l'élaboration de ma monographie.

### **Réunions auxquelles j'ai assisté**

Réunion du réseau santé/social le 19 novembre 2007

Réunions pour l'instruction du projet d'établissement de l'EPSM la Chartreuse,

Réunions pour l'instruction du projet de FAM de l'EPSM, avec les représentants de l'établissement et du Conseil Général

**Annexe 2 : Modèle de fiche pour le répertoire des structures à l'articulation des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux :**

Nom de l'établissement :

Adresse :

Personne à contacter :

Nature juridique de l'établissement	
Coût et financement de la structure	
Nombre de places	
Durée moyenne de séjour	
Délais d'attente	
Nature de la mission	
Evolution projets	
Liaison sanitaire et sociale	
Point forts	
Points faibles	

## **Annexe 3 : Grille d'entretien avec les responsables des maisons communautaires et du foyer ICARE**

### **I L'origine et de l'historique de cette structure ?**

#### **II Le public accueilli**

- 1 combien de personnes sont accueillies ?
- 2 de quelles pathologies souffrent elles ?
- 3 quel est leur parcours antérieur ?
- 4 par qui ont elle été adressées ?
- 5 quelle est la durée moyenne de séjour ?

#### **III La prise en charge au foyer ICARE ou en maison communautaire**

- 1 en quoi consiste- t'elle ?
- 2 y a t'il un volet soins/ou un volet accompagnement ?
- 3 si oui par qui et comment est il fait ?

#### **IV Les partenariats**

- 1 quels sont vos liens avec le secteur sanitaire/social médico-social ?
- 2 comment voudriez-vous les voir évoluer ?

#### **V Les hospitalisations (pour le foyer ICARE)**

- 1 les résidents ont-ils besoin quelquefois d'hospitalisations ?
- 2 si oui comment cela se passe-t-il ?

#### **VI Les relais**

- 1 que deviennent les résidents après leur sortie ?
- 2 les solutions sont elles faciles à trouver ?
- 3 quelles sont les principales difficultés ?

#### **VII Le personnel**

- 1 quel est t'il ?
- 2 a-t-il une formation spécifique ?

#### **VIII Les liens entre sanitaire et médico-social**

- pensez vous qu'ils existent et comment pourraient ils être développés ?
- existe-t-il une culture différente entre sanitaire et médico-social ?

**Annexe 4 : Grille d'entretien avec madame la présidente de la délégation UNAFAM Côte d'Or**

**I Pour commencez pouvez vous me parler de l'UNAFAM ? Quels sont ces objectifs, ses actions en Côte d'Or ?**

**II Pouvez-vous m'apporter des précisions sur les personnes dont l'association s'occupe ?**

- 1- qui sont- elles ?
- 2- peut-on parler de handicap psychique ou de maladie mentale ? quel terme vous semble le plus adapté ?
- 3- quelles difficultés rencontrent ces personnes ?

**III Que pensez-vous des dispositifs de prise en charge existants en Côte d'Or, qu'ils soient sanitaires, sociaux ou médico-sociaux ?**

**V La loi du 11 février 2005 a-t-elle été porteuse d'amélioration dans la reconnaissance et la prise en charge des troubles psychiques ?**

**VI en matière d'articulation sanitaire et médico-sociale, quels sont selon vous les obstacles ? Quelles pistes de coopération vous sembleraient bénéfiques ?**

**VII Plus globalement que souhaiteriez-vous voir se développer dans la prise en charge du handicap psychique ?**

**VIII Que pensez- vous des dispositifs tels que SAMSAH et GEM ?**