

Université Lille 2

Université Paris13

APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2016

Quels sont les freins à la collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ?

Régis HUBERT

Tutorat : Pauline GUEZENEC

Sommaire

Introduction	p.2
1. Évolution historique	p.4
1.1 Le secteur sanitaire	p.4
1.2 Le secteur médico-social	p.5
2. Le contexte actuel	p.7
2.1 Psychiatrie / Santé mentale. Une distinction nécessaire	p.7
2.2 Le secteur sanitaire	p.9
2.3 Le secteur médico-social	p.11
3. Présentation du questionnaire	p.16
4. Les freins à la collaboration	p.18
4.1 Les professionnels	p.19
4.2 Le manque de moyens humains	p.21
5. Les apports d'une meilleure collaboration	p.22
6. Les solutions proposées	p.23
6.1 Les solutions juridiques	p.23
6.2 Mieux informer et former	p.24
6.3 Mise en place de plateforme commune	p.25
6.4 Formaliser la coopération	p.25
6.5 Une équipe mobile	p.26
6.6 Un Conseil Local de Santé Mentale	p.26
Conclusion	p.30

INTRODUCTION

La collaboration entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social n'est pas nouvelle surtout dans le domaine de la santé mentale. Depuis la Circulaire de mars 1960 définissant la mise en place des secteurs en psychiatrie afin de proposer un soin au plus près des populations et d'assurer un meilleur suivi, les collaborations entre l'hôpital psychiatrique et les institutions médico-sociales sont nombreuses. Mais actuellement nous constatons une évolution avec la notion de parcours patient. Le but recherché est d'éviter une rupture dans le parcours de soins d'un patient au cours d'un changement d'institution ou de prise en charge. Suivant les âges de la vie certaines personnes peuvent avoir recours à des soins ou des prises en charge éducatives ou les deux en même temps par différents acteurs du domaine sanitaire ou médico-social, accentuant le risque d'un arrêt de celles-ci avec pour certains des conséquences dommageables. L'agence Régionale de Santé fait de cette collaboration une de ses priorités en recherchant une efficacité accrue tout en tenant compte d'un contexte contraint budgétairement.

Ceci est aussi lié à une évolution des considérations sur la santé mentale. Je fais ici référence à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui nous dit « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Nous percevons à travers cette définition les domaines qui sont concernés par la santé : Bien sûr le secteur sanitaire qui reste un acteur incontournable mais aussi le secteur médico-social et social qui devient un acteur à part entière dans le domaine de la santé. Nous relevons aussi la notion d'un bien être possible avec une maladie ou un handicap. Au-delà du débat sur ces deux dernières notions, nous percevons la nécessité d'un accompagnement ou d'une aide par la société de personnes ayant des difficultés ne leur permettant pas une intégration « ordinaire »

Nous devons prendre en compte aussi l'évolution du secteur sanitaire et entre autres de la psychiatrie. Longtemps, la solution pour les patients atteints de pathologie mentale fut l'internement avec la notion d'aliénation pour les personnes. Je dois rajouter que la guérison n'était pas non plus envisagée et notre société plaçait ces individus dans des institutions fermées en marge de la cité avec la volonté de garantir la sécurité de celle-ci. Désormais, les

prises en charge ont beaucoup évolué et nous parlons maintenant de soins. Ceux-ci sont réalisés en grande partie à l'extérieur de l'hôpital qui est devenu un lieu de traitement de la crise aigüe.

La Loi de juillet 2011 portant sur les nouveaux modes d'hospitalisation envisage d'ailleurs les hospitalisations sous contrainte comme des mesures d'exceptions qui doivent être levées au plus vite. Si cette mesure ne peut être levée, le médecin peut mettre en place un programme de soin qui permet une prise en charge évitant l'hospitalisation.

Nous voyons donc à travers ces évolutions médicales, sociétales, législatives voire philosophiques, que la prise en charge des personnes ayant des troubles plus ou moins importants de la personnalité se fera obligatoirement dans une institution mais aussi dans la cité. Tous les acteurs gravitant autour de ces personnes, qu'ils soient du secteur sanitaire ou médico-social, doivent donc œuvrer de concert pour proposer une prise en charge cohérente.

Mais ces deux domaines qui existent dans leur forme actuelle depuis cinquante à soixante ans sont assez éloignés. Le secteur sanitaire aurait classiquement un savoir sur le soin et le secteur médico-social relèverait de l'éducatif et de l'accompagnement. D'ailleurs de manière empirique, de par mon expérience d'infirmier de secteur psychiatrique puis de cadre de santé toujours dans le domaine sanitaire, je constate des difficultés de fonctionnement voir même une rivalité et dans des cas plus extrêmes une franche hostilité. La collaboration de ces deux secteurs peut se résumer de manière caricaturale comme une suite dans un parcours avec des allers retours de l'un à l'autre. L'hôpital confierait après de bons soins une personne au secteur médico-social qui se charge de maintenir la personne dans son environnement. Lors d'un retour vers l'hôpital, il est aisé de considérer par l'un que l'accompagnement n'était pas bon et par l'autre que les soins n'étaient pas achevés ou que l'orientation était mal évaluée. Bien entendu, ce modèle caricatural est très réducteur et la collaboration se passe relativement bien mais toutefois, je relève souvent des incompréhensions qui nécessitent souvent des réajustements et je souhaite par mon travail comprendre cette difficulté.

Dans un premier temps, je me pencherai sur les évolutions de chaque secteur en tenant compte de leur histoire propre, de leur développement et de leur évolution afin de mieux cerner les manières de faire, de penser mais aussi leur philosophie et leurs valeurs propres.

Nous aborderons ensuite les évolutions récentes en lien avec le contexte social et économique actuel voir le contexte législatif qui nous oblige à repenser nos interventions ou nos manières de faire.

Dans une troisième partie, j'essaierai d'identifier les freins que nous rencontrons lors de cette collaboration. Je m'appuierai sur un questionnaire assez simple pour relever les différentes perceptions de chacun afin d'évoquer des hypothèses sur la cause de ces difficultés.

Pour finir, j'évoquerais des pistes de solutions en évoquant une formation récente que j'ai suivie qui se définissait comme une formation croisée entre des acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Cette formation est une demande de l'Agence Régionale de Santé en lien avec le travail de l'Agence nationale de l'Appui à la Performance pour trouver des solutions afin que les membres des secteurs sanitaire et médico-social collaborent efficacement. Ce travail récent montre l'importance que nos tutelles accordent à cette question. De plus, je vous ferai partager les éléments qui m'ont amené à ces conclusions.

1 Evolution historique

S'il ne fait actuellement aucun doute pour chacun que l'hôpital est avant tout destiné à des personnes malades qui s'y rendent pour être soignées, il n'en a pas toujours été ainsi. L'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui a en effet évolué au fil des siècles depuis sa création, en fonction à la fois de l'évolution des besoins de la population et de leur prise en compte en termes de priorités politiques.

1.1 Le secteur sanitaire

Nous savons que les hôpitaux généraux succédèrent aux asiles et servirent entre autres de lieux d'enfermement « des fous ». Désormais, la mise à l'écart pour protéger la société supplantait l'idée d'asile, d'accueil donc pour protéger l'individu.

Il faut attendre 1941, pour qu'une loi ouvre l'hôpital à tous publics et mette fin à la vieille association de l'hôpital avec la charité. Désormais, l'hôpital se concentre sur sa mission première qui est la prise en charge médicale.

Pour la psychiatrie, il faut remonter à la Loi du 30 juin 1838 qui légifère sur les modes de placements et demande aussi à chaque département de se doter d'un lieu d'accueil. Mais il faut attendre la fin de la seconde guerre mondiale avec un nombre important de personnes

mortes de faim dans les hôpitaux psychiatriques, avec la découverte de l'univers concentrationnaire et l'arrivée des premiers neuroleptiques, pour voir se créer des prises en charge différentes de l'internement à vie.

La Circulaire du 15 mars 1960 institue le principe de la sectorisation, insistant en particulier sur l'importance de la prévention, de l'accessibilité et de la continuité des soins : une équipe pluridisciplinaire est en charge de la santé mentale de la population de son secteur géographique de rattachement. Eu égard aux normes de l'époque (3 lits pour mille habitants, 200 lits d'hospitalisation au plus par service), chaque secteur correspond à une population d'environ 70.000 habitants.

En 1970, la loi relative à la réforme hospitalière crée les Centres Hospitaliers Universitaires et investit l'hôpital de la triple mission de la recherche, de l'enseignement et de la clinique. Peu avant cette période, en 1968, la neurologie se sépare de la psychiatrie pour incorporer le Centre Hospitalier Universitaire. Cette Loi de 1970 a aussi pour conséquence de limiter l'hôpital au domaine médical. Le domaine social doit donc être pris en charge ailleurs par des professionnels compétents et adaptés.

En 1975, la loi relative aux institutions médico-sociales sépare définitivement le sanitaire du médico-social. A partir de ce jour, l'hôpital est devenu un établissement strictement technique qui n'héberge que dans la mesure où il soigne. Le caractère « hospitalier » qui permettait jusque-là d'accueillir pour de longs séjours des nécessiteux affligés de maladies chroniques a disparu. Investissant toujours plus dans la technologie et toujours moins dans l'accueil, la nouvelle logique économique affirme la prévalence de la technique sur l'humanisme. Le soin, sous-entendu le curatif, reste bien dévolu à l'hôpital mais tout l'aspect de l'accompagnement et du prendre soin doit avoir lieu ailleurs.

Il faut ajouter que les choix importants qui s'effectuent dans les années 70 relèvent de l'entrée des sociétés occidentales dans « la crise économique ».

De ce fait, le secteur social est impacté par la notion de « bien-être social » et est amené à adapter son action en tenant compte de la santé.

1.1 Le secteur médico-social

Jusqu'en 1960 le sanitaire (le soin, le médical) ne se différenciait pas du social (l'assistance, la bienfaisance). L'hospice, ou asile, avait une double mission, à savoir soigner les malades, accueillir les vieillards indigents, les fous, les enfants trouvés, les y enfermer et

veiller à leur redressement moral par le travail. L'accompagnement social va peu à peu émerger au cours du XX^e siècle, jusqu'à devenir la principale forme d'engagement personnel dans l'action sociale.

Historiquement, l'action sociale et médico-sociale relevait de l'initiative d'organisations privées à but non lucratif d'origine caritative ou encore issues de mouvements familiaux. En France dès le Moyen-Age, les ordres religieux et les congrégations se structurent sur le modèle d'associations volontaires autour d'un chef charismatique. Les confréries regroupaient des laïcs autour des monastères ou dans un même quartier sur des motifs religieux et de secours mutuels et parfois même dans un esprit de contestation du pouvoir communal. Il faudra attendre la Troisième République pour voir voter la loi du 2 Juillet 1901 relative au contrat d'association.

L'évolution économique et sociétale de la première moitié du XX^e siècle va être l'occasion de la mise en place par l'Etat Français de grandes politiques de protection sociale assise sur le travail. Leur consécration sera la création de la Sécurité Sociale. Les finalités de l'action sociale s'exprimeront au cours du XX^e siècle successivement autour des concepts tels que l'assistance, la rééducation, l'action sociale, l'insertion, l'accompagnement, la solidarité ... etc.

La première grande réforme est présentée en 1975 par Simone Veil, alors Ministre de la Santé. Ce texte de référence fixait le cadre global de l'action des pouvoirs publics en matière de handicap et passait d'une politique inefficace d'assistantat à une politique d'intégration des personnes handicapées dans la vie de la cité. Quelques décennies auparavant, en 1957, une loi avait toutefois déjà fait référence à la qualité de travailleur handicapé en affirmant le droit au « *reclassement professionnel de tous les handicapés* ».

Les nouvelles lois sociales de 1975 ne s'appliquent plus uniquement en lien avec le travail mais recouvrent une prise en compte plus globale du handicap (aménagement, accompagnement, facilités) et de l'intégration des personnes handicapées.

2 Le contexte actuel

Devant l'augmentation des demandes de prise en charge, un rééquilibrage semble nécessaire en faveur du médico-social. Dans son éditorial de la revue Pluriel, Raymond LEPOUTRE¹ nous fait part de ce constat :

« Les Ordonnances d'avril 1996 et les premières orientations de la réforme de la Loi de 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales insistent sur la nécessité de décroiser le sanitaire et le médico-social. Le clivage artificiel existant entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des personnes dont le handicap résulte d'une affection psychique invalidante ne peut perdurer. On estime en effet que 20 à 40% des hospitalisés le seraient indûment et relèveraient de structures d'encadrement et d'accompagnement qui, aux soins, ajoutent les moyens d'un projet de vie. Comment créer ces structures ? Comment ouvrir ces personnes sur un renouveau de leur individualité ? Une démarche globale doit faire appel à une palette d'approches diversifiées et complémentaires en tenant compte des divers registres de la maladie (déficience, incapacité, désavantage social). »

2.1 De la psychiatrie à la santé mentale

Une distinction est nécessaire pour bien clarifier les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale. La psychiatrie ne répond pas à tous les problèmes de santé mentale mais bien souvent nous faisons un amalgame en pensant que la psychiatrie doit s'en occuper. L'hôpital peut répondre à un état aigu avec une prise en charge de type hospitalière. D'ailleurs l'esprit de la Circulaire de 1960 concernant la mise en place du secteur était de soigner la population et d'assurer un suivi des situations au plus près du domicile de la personne. Mais la psychiatrie ne peut répondre à toutes les demandes. De plus la psychiatrie recentre son travail sur un modèle médical classique du traitement de la crise.

¹ LEPOUTRE Raymond, « Comment articuler le sanitaire et le médico-social » Revue Pluriel « La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale octobre 1999 »

Mathieu Bellahsem² en parle en ces termes :

« Au fur et à mesure, la psychiatrie s'intéresse de préférence à l'urgence et au traitement de Elle commence dès lors à calquer son mode d'intervention sur celui des autres spécialités médicales dans leur acceptation techniciste la plus prosaïque (diagnostic et traitement), abandonnant l'accompagnement quotidien aux structures médico-sociales moins coûteuses voir aux familles. Le terme de délégation des tâches s'impose au fur et à mesure comme facteur de morcellement de la prise en charge, le tout rationalisé par des arguments progressistes anciens comme par exemple l'opposition à une prise en charge totalisante de l'individu par la psychiatrie. Les collectifs de soin vont se fragmenter en prestataire de services psychiques. La prise en charge Bio Psycho Sociale est confiée non à une équipe mais à un prestataire de service : un expert médical pour la partie bio, un psychologue ou un psychothérapeute pour la partie psycho, un service d'assistante sociale pour la partie sociale. » (p 49)

Nous pouvons aussi percevoir la santé mentale dans un contexte plus important en considérant un mal-être ayant des conséquences sur la vie des individus. Certaines difficultés ou troubles psychiques peuvent mettre un individu en grande difficulté (perte d'emploi, surendettement, isolement social, perte de logement, désinsertion. Marcel Jaeger³ l'évoque aussi :

« Si l'on admet que la psychiatrie n'est pas seulement «la» science des maladies mentales, mais une médecine du sujet souffrant », il reste à s'entendre sur sa prétention et sur sa capacité à répondre à la « peine de vivre ». Cette expression inclut à la fois des troubles relevant d'entités cliniques et une perception plus diffuse de la souffrance psychique : ce que les uns ou les autres qualifient encore de mal être, d'angoisses existentielles, de malaise dans les esprits et dans la civilisation... toutes notions qui ont un dominateur commun : une perte de sens plus ou moins exprimable, semble, d'autant mal supportée qu'elle s'accompagne d'une perte de prise sur la vie. » (p 59)

² BELLASHEM Mathieu, « La santé mentale vers un bonheur sous contrôle », page 49, Édition La Fabrique 2014

³ JAEGER Marcel, « L'articulation du sanitaire et du social », page 59, Édition Dunod 2006

La santé mentale n'est donc pas uniquement l'affaire de la psychiatrie. Cette dernière se dote d'ailleurs d'un service social pour traiter aussi les soucis d'ordre administratif. Le secteur médico-social prend donc ainsi toute sa place en proposant un accompagnement.

Nous avons vu fleurir les Services d'Aide à la Vie sociale (S.A.V.S.) qui aident la personne dans toutes ses démarches administratives, dans sa recherche d'emploi et de logement et dans la constitution de dossiers administratifs. Ils proposent également une aide au suivi médical qui s'apparente souvent à un accompagnement chez les professionnels de santé. Nous percevons par cet exemple des S.A.V.S., rôle du secteur médico-social à travers de tel organisme. Les appels d'offre de l'Agence Régionale de Santé s'orientent de plus en plus vers ce type de structures pour répondre à une logique de « Parcours Patient » et pour éviter les ruptures de celui-ci. Cela met aussi en évidence le rôle et l'importance du secteur médico-social dans le domaine de la santé mentale. Les professionnels de ce secteur sont acteurs à part entière pour proposer et maintenir un projet de vie aux personnes souffrant de troubles psychiques.

2.2 Le secteur médico-social

Pour le médico-social, trois lois successives ont défini le cadre de la planification et de la programmation médico-sociale.

- La Loi du **2 janvier 2002** a rénové l'action sociale et précisé la fonction des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (S.R.O.S.M.S.).
- Peu de temps après, la Loi du **13 août 2004** relative aux responsabilités locales, a conféré au département un rôle de chef de file de la planification dans le champ social et médico-social.
- Enfin, la Loi du **11 février 2005** sur le handicap a introduit un nouveau dispositif, une programmation au plan régional pour les établissements et services financés en tout ou partie par l'assurance maladie.

La Loi du 2 janvier 2002

Elle se base sur cinq orientations :

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers.
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins.

- Pilotage du dispositif : Mieux articuler planification, programmation, allocation de ressources, évaluation.
- **Instaurer une coordination entre les différents acteurs.**
- Rénover le statut des établissements publics.

Elle rend obligatoire l'évaluation interne pour les établissements et services (avec communication tous les cinq ans) et l'évaluation externe tous les sept ans par un organisme habilité.

Loi du 13 août 2004

Cette loi liste les différents transferts de compétence vers les collectivités locales (régions, départements et groupements de communes) résultant de la réforme constitutionnelle relative à l'organisation décentralisée de la République adoptée par le Parlement le 17 mars 2003.

Les principales compétences transférées concernent :

- les aides économiques individuelles aux entreprises.
- la gestion et le pilotage du R.M.I., ainsi que la gestion de plusieurs fonds sociaux comme le fonds de solidarité logement (F.S.L.).
- le logement social pour l'essentiel dévolu à la compétence des départements.
- les programmes régionaux de santé publique établis par les régions en complément des plans de l'Etat.

Loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 est l'une des principales lois sur les droits des personnes handicapées, depuis la loi de 1975. Les toutes premières lignes de la loi rappellent les droits fondamentaux des personnes handicapées et donnent une définition du handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Cette loi apporte de nombreuses avancées sur les domaines suivants :

- Accueil des personnes handicapées.
- Le droit à compensation.
- Les ressources.
- La scolarité.
- L'emploi.
- L'accessibilité.
- Citoyenneté et participation à la vie sociale.

La loi crée une Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.) dans chaque département sous la direction du Conseil Général. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Les C.O.T.O.R.E.P. et C.D.E.S. sont également remplacées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.) qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

Nous voyons au travers ces trois lois une volonté d'inscrire les personnes en situation de handicap en tant que citoyen à part entière et de centraliser les réponses qui leur sont données. Ainsi les Maisons Départementales des Personnes Handicapées centralisent les demandes et avec l'obligation de fournir des réponses. La notion de handicap est aussi redéfinie en tenant compte des altérations mentales cognitives et psychiques.

2.3 Le secteur sanitaire

Pour ce secteur, une loi Hôpital Patient Santé Territoire (H.P.S.T.) du 21 Juillet 2009 entraîne de profondes modifications du fonctionnement des hôpitaux avec bien sûr une nouvelle gouvernance et une collaboration accrue entre le secteur privé, public et libéral. Elle entraîne aussi la mise en place de collaborations au sein d'un territoire de santé. A la tête de tout ce système, nous avons l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) décrite par certains comme la préfecture de santé. Un de ses rôles principaux est de mettre en place une coopération sanitaire entre les différents acteurs sur un territoire donné en englobant aussi bien le secteur sanitaire que le secteur médico-social. Dans chaque région, elle a pour mission de définir et de

mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant notamment à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- Des objectifs de la politique nationale de santé.
- Des principes de l'action sociale et médico-sociale.

Plus précisément, les Agence Régionale de Santé sont chargées :

- de mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé publique définie, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

- de réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

La coopération sanitaire est l'un des outils de pilotage du système régional de santé, placé sous la responsabilité de l'agence régionale de santé. **Avec la mise en place des A.R.S., la coopération entre acteurs du champ de la santé à vocation à surmonter les cloisonnements traditionnels entre secteurs hospitalier, médico-social et médecine de ville.** Cette perspective est illustrée par le Projet Régional de Santé (P.R.S.) et, plus particulièrement, par le Schéma Régional d'Organisation des Soins (S.R.O.S.).

Le Projet Régional de Santé relève de la compétence du directeur général de l'A.R.S. Il définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé.

Le projet régional de santé est constitué d'un plan stratégique régional de santé, de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, et de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Dans le projet régional de santé, c'est essentiellement le schéma régional d'organisation des soins qui précise les projets de coopération.

Le schéma régional d'organisation des soins précise notamment les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements. En particulier, le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population et par territoire de santé, les coopérations entre établissements de santé. Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doivent être compatibles avec le schéma. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé entre l'agence régionale de santé et chaque

établissement fixe les actions de coopération dans lesquelles ce dernier s'engage. L'A.R.S. dispose d'une palette d'outils pour coordonner les actions des établissements, les inciter à coopérer ou, le cas échéant, les y contraindre. Nous voyons ici le rôle de l'A.R.S. qui agit en tant qu'« arbitre » mais aussi en tant que gendarme. Les méthodes de fonctionnement évoluent également entre autre avec la création des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens. Un acteur peut désormais contractualiser avec l'A.R.S. sur un projet particulier en échange de moyens financiers pour réaliser celui-ci. Nous observons aussi une augmentation des appels d'offre de l'A.R.S. pour des projets particuliers ce qui met en concurrence plusieurs partenaires. Celui qui décroche l'appel d'offre se voit bien entendu doté des moyens financiers nécessaires pour réaliser ce projet. Les établissements qui n'ont pas de projet ou qui ne répondent pas aux appels d'offre voient leur enveloppe budgétaire diminuée, ce qui peut mettre en péril leur existence. Les appels d'offre s'adressent aussi bien aux établissements publics qu'aux établissements privés. Tous les acteurs d'un territoire de santé sont concernés mais aussi menacés dans leur équilibre budgétaire. Cette nouvelle politique entraîne de nouveaux fonctionnements voire une nouvelle manière de penser des responsables d'institutions, qu'elles soient publiques ou privées.

Je dois également évoquer la nouvelle loi de janvier 2016 dite « loi de modernisation de notre système de santé » avec la création d'un Projet Territorial de Santé mentale dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Il est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et des établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs concernés et l'accès à des modalités et des techniques de prises en charge diversifiées. Les acteurs énoncés sont les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, des

lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé.

En l'absence d'initiative des professionnels, le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

Cette loi toute récente pose un cadre très précis du dispositif de santé sur un territoire. Nous voyons également, l'obligation à laquelle sont confrontés tous les acteurs de la santé mentale qu'ils soient du secteur sanitaire ou du secteur médico-social, qu'ils soient publics ou privés

Je prendrai pour exemple la création d'un habitat partagé dans le territoire où je travaille sur la ville de Vitré. Je travaille au Centre Hospitalier Guillaume Régnier, plus communément appelé le C.H.G.R. qui est un établissement public de santé mentale situé en région Bretagne dans le département d'Ille-et-Vilaine à Rennes. Le C.H.G.R. est spécialisé en psychiatrie, addictologie, handicap physique et mental et géronto-psychiatrie. Je suis cadre de santé dans le pôle 35G04/G06 qui recouvre les régions de Fougères et de Vitré. J'ai en responsabilité la gestion d'une équipe infirmière d'extra hospitalier sur la région de Fougères avec un Centre Médico Psychologique et un Hôpital de Jour. Je participe, avec ma collègue en responsabilité du secteur de Vitré, à l'élaboration du projet d'habitat partagé dans cette ville. Dans son Plan Régional de santé nous retrouvons ces objectifs suivants de l'A.R.S. Bretagne :

« renforcer les articulations entre les professionnels de santé exerçant en ambulatoire et les acteurs de santé hospitaliers, médico-sociaux et sociaux La recherche d'un travail plus collectif et coopératif entre professionnels de santé de premier recours constitue un axe prioritaire dans le schéma d'organisation des soins que l'Agence Régionale de Santé souhaite mettre en place dans son volet ambulatoire et s'inscrit dans un objectif plus global d'une prise en charge des patients transversaux de qualité. L'atteinte de cet objectif passe par un nécessaire décloisonnement entre les secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social qu'il est nécessaire de mettre en perspective dans les différentes actions qui pourront être menées avec les offreurs de soins. »

Le projet part d'une volonté de créer un habitat partagé pour des patients hospitalo-requérants, donc actuellement hospitalisés. L'objectif de l'établissement est de moins recourir

à l'hospitalisation et donc de diminuer le nombre de lits. Les troubles psychiatriques de ces personnes ne leur permettent toutefois pas d'avoir une autonomie suffisante pour occuper un logement autonome.

Le Conseil Départemental d'Ille et Vilaine favorise le développement de ce type de logements. Nous le voyons sur son site internet par cet extrait : « *Les personnes en situation de handicap sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses à souhaiter vivre à domicile, dans un logement ordinaire. Par ailleurs, la loi de février 2005 pour "l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap" promeut le développement d'une société inclusive et du vivre ensemble, dans tous les domaines de la vie, y compris le logement.*

C'est pourquoi, le Département d'Ille-et-Vilaine, compétent pour créer des établissements et services d'accueil et d'accompagnement médico-sociaux, a décidé de soutenir le développement d'une offre de logements en milieu ordinaire : les habitats regroupés pour les personnes en situation de handicap qui ont le projet et la capacité de vivre de façon autonome à domicile et qui recherchent un environnement adapté, sécurisé et accompagné. Ces logements sont une solution alternative située entre la vie seule à domicile et la vie en établissement.

Ce mode d'habitat propose aux personnes une offre de logements adaptés situés dans le parc locatif social ou privé ordinaire ainsi qu'une offre de services pour les accompagner dans leur logement et leur permettre d'y vivre de façon durable et agréable.

Le plus souvent, ce sont cinq à six appartements individuels au sein d'un même immeuble ou cinq à six maisonnettes situées sur le même site qui sont proposés. Les personnes en deviennent locataires ou sous-locataires, parfois colocataires. Dans tous les cas, il existe un espace commun partagé et un accompagnement par un professionnel référent qui veille à la sécurité et au bien-être des personnes dans leur logement. Le Département participe au financement des missions d'accompagnement réalisées par ce professionnel. Par ailleurs, chaque personne peut bénéficier, selon ses besoins et sa situation, d'un accompagnement par les services à domicile et les services d'accompagnement médico-sociaux habituels déjà existants sur le territoire (service d'aide à domicile, service d'accompagnement à la vie sociale, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) ».

Par conséquent, l'habitat partagé permet d'avoir la présence d'une personne à proximité pour étayer et accompagner dans les gestes de la vie quotidienne. Il est donc fait appel à plusieurs acteurs pour réaliser ce projet :

- Les bailleurs sociaux pour la construction des murs et la gestion des bâtiments.
- Une association médico-sociale pour l'intervention d'un Service Aide à la Vie Sociale qui proposera un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et une aide pour toutes les gestions administratives.
- Le Centre Médico Psychologique pour le suivi médical.

Tous ces acteurs sont amenés à œuvrer de concert pour la mise en place d'un tel dispositif et pour son fonctionnement. Cette illustration simplifiée montre la nécessité d'une collaboration étroite entre les différents acteurs pour réaliser un tel projet. De plus je me dois de rajouter que la qualité d'une telle prise en charge est importante pour le confort de vie et la santé de la personne.

Nous percevons un grand mouvement de mutation de ces deux secteurs de part de nouvelles législations mais aussi du fait des missions qui se redéfinissent et surtout de l'ampleur importante du nombre de prises en charge.⁴

J'ai relevé les chiffres de la revue Pluriel :

« Aujourd'hui (1998) 500 000 personnes cumulent précarité sociale et précarité médicale (C.R.E.D.E.S.). 12 à 15 millions d'individus souffrent en France de « souffrance mentale » s'ajoutant à la précarisation. S'il ne saurait être question de psychiatrie, mais de souffrance existentielle, il faut pouvoir répondre à la détresse et aux dégradations. D'où la nécessité de favoriser la combinaison des interventions des travailleurs sociaux et des équipes psychiatriques.

LA NÉCESSITÉ est de trouver des modes de collaboration qui tiennent compte, par delà les logiques propres des dispositifs psychiatriques, sociaux et médico-sociaux, de la réalité complexe et instable des personnes en difficulté.

Faire accepter aux professionnels les changements nécessaires implique des modifications dans l'organisation du travail et dans les identités de chacun. L'auteur insiste sur les différences culturelles enracinées des professions éducatives et soignantes »

⁴ Marcel JAEGER « Les résistances respectives du sanitaire et du médico-social »

Revue Pluriel « la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale » Octobre 1999

L'évocation de 12 à 15 millions de personnes en « souffrance mentale » montre l'ampleur de la tâche, tant pour répondre que pour prévenir ce malaise sociétal. Bien sûr ces chiffres méritent d'être analysés plus précisément mais ils révèlent la nécessité de répondre de la meilleure manière qui soit pour éviter une dégradation de cette situation.

3. Présentation du questionnaire

Comme vous pouvez le voir en annexe, le questionnaire est constitué de questions simples qui visent à donner la représentation que les professionnels se font de l'autre secteur. J'ai souhaité des réponses courtes avec une majorité de questions fermées pour avoir un décodage simplifié. J'ai obtenu dix réponses du secteur médico-social et sept du secteur sanitaire. Je travaille en collaboration avec cette association et nos relations sont très bonnes. Aussi, ils se sont prêtés volontiers à ce questionnaire. Ils en attendent d'ailleurs un retour.

Pour les dix réponses obtenues pour le secteur médico-social, il s'agit de professionnels travaillant au sein de l'Association « Les Ateliers du Douai » qui a pour mission d'offrir à la personne en situation de handicap mental une place dans la société. Ceci à travers une vie professionnelle et sociale active, la plus proche de la réalité, avec un accompagnement personnalisé et adapté qui permet d'accompagner chaque personne en situation de handicap dans le temps. Les services que propose cette association comprennent un Service d'Accompagnement à la Vie sociale qui a pour mission : « *l'assistance et l'accompagnement dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence ainsi qu'un accompagnement social en milieu ouvert.* » et un Foyer d'Hébergement, « la Résidence du Nançon » qui accueille des adultes déficients intellectuels travaillant en E.S.A.T. ou en S.A.C.A.T.

Les retours du questionnaire concernent :

- Un responsable de service éducatif.
- Quatre éducateurs spécialisés travaillant au sein du S.A.V.S.
- Cinq moniteurs éducateurs œuvrant dans un Foyer d'hébergement.

Pour le secteur sanitaire, j'ai sollicité des professionnels du pôle dans lequel je travaille Avec en majorité des cadres de santé des infirmiers, aide-soignant, des assistantes sociale, des psychologues.

J'ai obtenu des réponses de :

- Quatre infirmiers.
- Un cadre de santé.
- Une assistante sociale.
- Une psychologue clinicienne.

La constatation principale est la nécessité pour les acteurs de collaborer. Nous relevons que pour la grande majorité, les relations sont bonnes voire très bonnes. Les différences se remarquent essentiellement par le statut et la fonction de chacun. Tous s'accordent pour dire qu'ils ont un métier différent mais qu'ils s'adressent aux mêmes personnes. Nous voyons aussi que les professionnels du sanitaire considèrent leur travail comme essentiellement thérapeutique. Pour tous, la formalisation de cette collaboration est quasi inexistante.

Les principaux freins sont un manque de communication et une collaboration donc mal définis. Les professionnels du sanitaire repèrent une différence de point de vue voir des demandes non pertinentes.

Les solutions évoquées sont principalement une demande d'échanges et de rencontres beaucoup plus importants et que ces moments soient définis de manière institutionnelle voire formalisés par le biais de conventions. Une idée ressort autour de l'utilisation d'outils communs d'évaluation mais aussi de formation.

Ce simple questionnaire montre l'importance que chacun accorde au travail de l'autre dans des professions différentes n'ayant clairement pas la même fonction et la nécessité de travailler de concert. Nous percevons aussi clairement l'évolution de ces professions qui exigent plus d'échanges ainsi qu'une meilleure compréhension du métier de l'autre afin d'œuvrer dans le même sens.

4. Quels sont les freins à la collaboration ?

Devant l'ampleur du nombre de personnes à prendre en charge et face à une nouvelle définition des missions tant du secteur médico-social que du secteur sanitaire, du fait également de la notion de santé mentale, il est nécessaire que ces deux acteurs institutionnels collaborent. Mais, et c'est la question que je me pose de manière empirique dans mon quotidien professionnel, pourquoi cela fonctionne-t-il aussi mal? Bien entendu, je ne souhaite

pas non plus dresser un tableau noir de cette situation car cette collaboration existe et peut répondre aux situations. Suivant les institutions ou les personnes, les échanges se déroulent plus ou moins bien mais de manière permanente je relève des incompréhensions et des quiproquos. Nous, les professionnels, reprenons les situations réévaluons et réajustons notre collaboration mais cela perdure. Nous essaierons de mieux comprendre cela tant du point de vue des acteurs que de celui des institutions. Nous remarquons aussi la force d'un système qui prône la collaboration tout en instaurant des outils qui s'avèrent parfois contradictoires.

4.1 Les professionnels

Le frein principal réside dans les attitudes des acteurs et la persistance des défiances réciproques des professionnels des deux champs, défiances qui reposent largement sur la méconnaissance des apports de l'autre : absence de prise en compte du projet de vie et de l'accompagnement social pour les professionnels soignants, sous-estimation de l'importance des bonnes pratiques thérapeutiques chez les travailleurs sociaux notamment. Toutefois nos législations sociales et sanitaires comportent pratiquement tous les outils de coopération et de régulation pour articuler les deux segments et tracer des parcours pertinents en cassant les cloisonnements observés.

- **les professions sociales et éducatives.**

Le champ d'intervention des éducateurs spécialisés est aujourd'hui très large : issus du secteur de l'enfance inadaptée, ils sont désormais sollicités aussi par le milieu scolaire, et par la psychiatrie. Ils s'occupent tout autant d'enfants, d'adultes, de personnes âgées, de personnes⁵ en situation de précarité sociale, d'handicapés. A l'intérieur même de leurs champs d'intervention, les projets individualisés et institutionnels s'inscrivent dans les trois dimensions : éducative, pédagogique, thérapeutique. Ceci justifie l'existence d'équipes pluridisciplinaires au sein desquelles chacun des actes n'est pas la propriété exclusive des uns ou des autres : « trois actes pour trois acteurs, mais aussi trois actes pour un même acteur ».

- **Les professions sanitaires**

Depuis l'arrêté de 1998, le diplôme infirmier est validé non seulement pour les établissements de santé mais aussi pour les institutions sociales et médico-sociales. Mais quel intérêt y-a-t-il pour les infirmiers à passer du premier secteur à l'autre ?

Les infirmiers éprouvent un malaise qui touche à leur travail et à leur identité. Certains revendiquent un « rôle propre », une « science infirmière », « un diagnostic infirmier » comme affirmation d'un contre-pouvoir vis-à-vis de références distinctes : psychanalyse, biologie, sociologie ...etc.

Marcel Jaeger(5) nous montre la difficulté des infirmiers pour se positionner de par la réforme de la formation dans une collaboration avec les professionnel du médico-social. Beaucoup se réclament du domaine médical avec une action au sein de l'établissement mais pas en dehors de l'établissement. Toutefois pour les infirmiers de secteur psychiatrique, le travail se prolonge en dehors des murs avec pour mission de maintenir les personnes dans leur environnement familial:

« Pour ajouter au trouble, il y a eu la question de la reconnaissance du diplôme des infirmiers du secteur psychiatrique qui s'est soldée par l'acquisition du titre d'infirmier de soins généraux, qui ne mettra sans doute pas fin à la bipolarisation des identités professionnelles, entre techniciens du soin et des infirmiers qui se sentent proches (hors hôpital) des travailleurs sociaux. Cette antinomie entre le pôle relationnel et le pôle instrumental, qui recoupe largement la distinction entre travail en milieu hospitalier et extrahospitalier est illustrée par une enquête d'A. Pidolle qui révèle que 39 % des infirmiers du secteur psychiatrique s'estiment proches des éducateurs, contre 26 % qui se sentent proches des infirmiers de médecine générale.

De surcroît, l'évolution du travail infirmier doit être mise en perspective avec l'intervention de nouveaux professionnels à l'heure du redéploiement des moyens en personnel, alors que l'inflation passée des effectifs a surtout profité - en pourcentage - aux psychologues, aux assistants de service social et au personnel éducatif. Avec le diplôme unique, le choix d'une intégration complète au champ médical a le mérite de la clarté. Il participe d'une médicalisation de la psychiatrie dans le contexte des courants organisés et de la psychiatrie biologique et il éloigne les infirmiers de la psychiatrie sociale. »⁶

⁵ Marcel JAEGER « Les résistances respectives du sanitaire et du médico-social »

Revue Pluriel « la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale » Octobre 1999

Comment répondre à une demande de parcours de soin fluide si les infirmiers, entre autres, n'anticipent pas la sortie de l'hôpital. Après l'hospitalisation, nous devons pour certains penser au logement et à la gestion de celui-ci et donc collaborer avec le domaine social. Nous devons aussi parfois fournir un accompagnement pour certains actes de la vie quotidienne et là, c'est le secteur médico-social qui entre en scène. Il est nécessaire que les professionnels du sanitaire qui projettent la sortie interrogent les partenaires du médico-social pour connaître leur fonctionnement. Ceci de façon à ne pas précipiter une sortie mal préparée qui s'avère bien souvent être une source de rechute et de retour à l'hôpital.

Pour la personne prise en charge successivement par différents secteurs d'intervention, la dénomination change. A l'hôpital il s'agit d'un « patient », à son domicile ou dans une institution il devient un « résident » et dans le champ médico-social un « usager » ou un « utilisateur » et même parfois un « client ». Chacun essaie de distinguer l'individu suivant son intervention comme si c'était une personne différente. Nous pouvons nous poser la question du statut de la personne car les droits des patients, des usagers ou des résidents sont différents suivant le professionnel qui intervient. Nous pouvons aussi reprendre dans ce domaine les champs d'intervention :

Un infirmier intervient sur le plan thérapeutique, alors qu'un éducateur, par définition, agit de manière éducative voir pédagogique, sans compter avec le domaine social qui propose un accompagnement social. Ainsi pour une même personne, chacun élabore son projet. L'infirmier fera un projet thérapeutique, l'éducateur un projet de vie et l'assistante sociale fera un projet social. Ces projets sont souvent élaborés par chaque professionnel individuellement sans vraiment considérer le projet de l'autre. Inutile de citer les incohérences que cela peut provoquer dans le domaine psychiatrique où les personnes, de par leurs troubles, peuvent avoir du mal à exprimer ce qu'elles veulent et à demander.

Malgré ces dénominations qui précisent un nécessaire champ d'intervention, nous savons que les domaines thérapeutiques, éducatifs et sociaux sont entremêlés. Nous voyons aussi fleurir de nouveaux termes plus à la mode, comme l'éducation thérapeutique qui doit permettre au patient de mieux connaître sa maladie afin de mieux la gérer. Le sanitaire emprunte donc au médico-social. Nous pouvons voir aussi le terme de diagnostic éducatif et là, c'est le médico-social qui emprunte le terme à la médecine.

Nous voyons ici que les prises en charge ne sont pas globales. Un projet thérapeutique ne doit-il pas être fait en fonction du projet de vie? Ce dernier ne doit-il pas tenir compte des difficultés repérées pour être réalisable?

Nous voyons la nécessité de trouver des modes de collaboration qui tiennent compte, par-delà les logiques propres des dispositifs psychiatriques, sociaux et médico-sociaux, de la réalité complexe et instable des personnes en difficulté.

Faire accepter aux professionnels les changements nécessaires implique des modifications dans l'organisation du travail et dans les identités de chacun. Nous devons aussi tenir compte des différences culturelles enracinées des professions éducatives et soignantes.

4.2 Le manque de moyens humains

Le second frein que nous observons est le manque de moyens humains. Comme nous l'avons remarqué précédemment, les demandes de la population augmentent de manière importante. La conjoncture économique et la période de récession actuelle imposent des restrictions importantes dans tous les domaines. Dans le même temps les nouvelles législations exigent la mise en place d'un travail important pour décroïsonner les secteurs sanitaire et médico-social. La création de coopérations ou de plateformes nécessite des moyens humains importants. Pour conduire un pilotage régionalisé du décroïsonnement (la création de plateforme de service et la mise en œuvre de la coopération nécessaire au fonctionnement en réseau) il faut du temps. Un temps pour élaborer avec les différents acteurs d'un territoire, mais aussi un temps de persuasion et de négociation. De plus il faut posséder les outils méthodologiques éprouvés pour favoriser les rapprochements. Actuellement, cela relève surtout de la volonté des différents acteurs de vouloir travailler ensemble.

Comme exemple, je prendrai celui des signatures de conventions qu'il est demandé de faire entre les différents établissements. Souvent ce sont des conventions-type, vides de sens où chacun s'engage sans plus d'indications, à venir épauler l'autre pour certaines situations. Nous évoquons vaguement le rythme des interventions, rarement le temps de réajustement de ces conventions, jamais les rôles et les limites de chacun. Souvent la limite est le moment où une institution n'en peut plus dans la prise en charge et l'interrompt sans explication, voire sans recherche de solution.

L'exemple classique est l'hospitalisation sous contrainte le vendredi soir d'une personne âgée. Dans cette situation, l'hôpital ne peut refuser mais le parcours de soin n'en ai

pas moins contestable. Le service hospitalier a peut-être été sollicité auparavant? A-t-il répondu ? Cette situation perdurait-elle depuis un moment et l’Etablissement Pour Personnes Agées l’avait-il anticipée ? Avait-il sollicité l’aide d’un partenaire ? Ce genre de situation est fréquent et une convention ne résoudrait rien si les partenaires ne sont pas partie prenante dans la collaboration. Pour mettre en place une véritable collaboration nous devons avoir une réelle volonté de travailler ensemble. Les conventions sont une exigence des Tutelles voire même un objectif d’évaluation d’une institution. Inutile de préciser que si nous en restons à ce stade, la collaboration ne va pas se développer. La réalisation de ce type de coopération nécessite du temps, de la réflexion, des outils méthodologiques et des échanges importants afin de mieux connaître le fonctionnement de chacun, de ses contraintes, de ses limites et de ses ressources. Nous ne pouvons envisager une telle réforme de manière exclusivement technocratique. Nous devons tenir compte des particularités de chaque territoire et de chaque institution.

5. Les apports d’une meilleure articulation entre la psychiatrie et les secteurs médico-social et social.

Pour une meilleure prise en charge des patients, une diversité de réponses aux besoins des personnes dont l’hospitalisation en psychiatrie est inadéquate est indispensable. Le Plan National «Psychiatrie et Santé mentale» du 20 avril 2005 comporte cinq axes dont les Schémas Régionaux d’Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) doivent tenir compte.

Il comprend en particulier un axe relatif à la promotion d’une prise en charge décloisonnée par le biais d’actions visant à mieux informer et prévenir, mieux accueillir, mieux soigner et mieux accompagner. Ainsi que le précise Marcel Jaeger, les flux de populations entre la psychiatrie et les établissements sociaux et médico-sociaux s’appuient sur des réalités cliniques. A partir du moment où l’état d’un individu hospitalisé en psychiatrie se stabilise, son orientation vers le secteur médico-social ou social peut se justifier. A l’inverse, lorsqu’une personne reconnue handicapée souffre de troubles relevant du domaine de la santé mentale et nécessitant des soins continus, son hospitalisation en hôpital psychiatrique est adéquate. Cependant, le cloisonnement institutionnel entre ces différents secteurs ne permet

pas toujours ces allers retours entre prise en charge psychiatrique et admission dans les secteurs sociaux et médico-sociaux.

Une meilleure articulation est nécessaire car elle permet aux différents professionnels de travailler ensemble. Elle favoriserait l'apport de compétences particulières mieux adaptées aux types de pathologies psychiatriques. Ainsi les infirmiers sont-ils plus accoutumés à un certain nombre de symptômes issus de la psychose, que les personnels travaillant en structures sociales ou médico-sociales. Ce cloisonnement conduit à des hospitalisations inadéquates dans le secteur psychiatrique, ce qui peut être préjudiciable aux personnes ainsi hospitalisées. En effet, ainsi que le soulignent de nombreux acteurs, ces patients ne sont que peu vus par les médecins et ne font pas l'objet d'un réel projet élaboré en concertation avec les équipes. Le patient tend ainsi à être enfermé dans un schéma de dépendance, sans projet de vie qui lui permettrait de pouvoir envisager, même à long terme, une réinsertion progressive et aidée dans la société. A la différence de l'hôpital psychiatrique, les structures sociales et médico-sociales privilégient en particulier le maintien de l'autonomie et du lien social et/ou familial, par le biais de diverses activités, d'une ouverture sur la cité et de la présence d'un encadrement adapté (éducateurs spécialisés, ergothérapeutes ou Aides Médico-Psychologiques/AMP notamment) ou de la visite de bénévoles. Le décroisonnement doit permettre de conjuguer projet de soins, projet de vie, socialisation voire réinsertion en milieu ordinaire. Sortir de l'institution ne signifie pas l'arrêt de tout suivi. Le renforcement de l'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social en psychiatrie, notamment par le décroisonnement des identités professionnelles, peut également être source d'amélioration de la prise en charge des patients bénéficiant de soins ambulatoires, en réduisant les inadéquations existant dans les structures ambulatoires.

6. Les solutions

6.1 Les solutions juridiques

-Certains dispositifs juridiques récents favorisent l'articulation entre psychiatrie et secteurs médico-social et social :

La Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Cette Loi du 2 janvier 2002 vient modifier le paysage juridique de l'action sociale et médico-sociale, jusqu'alors régi par les Lois de 1975. Si celles-ci avaient conduit à cloisonner les

champs sanitaire, médico-social et social, la loi 2002-2 entend encourager des rapprochements et des coopérations entre ces différents secteurs.

-La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 :

La Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées consacre la notion de handicap psychique. La reconnaissance de sa spécificité témoigne d'une évolution de la conception du handicap depuis 1975. Des personnes auparavant considérées comme des patients souffrant de troubles psychiques nécessitant des soins de longue durée et pour lesquelles une insertion sociale et professionnelle en milieu ordinaire n'était pas envisageable, apparaissent désormais comme souffrant d'un handicap psychique. Cette reconnaissance leur permet ainsi de bénéficier de mesures particulières de soutien et d'accompagnement adaptées à leur handicap.

6.2 Mieux informer et former les personnels médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux

Si en terme d'organisation, les législations favorisent une réelle « fluidité » inter-domaines, l'affrontement des cultures est loin d'avoir disparu dans l'esprit des acteurs et des gestionnaires des deux champs. L'hyper- spécialisation des formations initiales et continues qui sont organisées ne favorise évidemment pas le travail interdisciplinaire.

Aussi, une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social n'est possible que si les professionnels des différents secteurs sont informés des évolutions en cours dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Des formations complémentaires sur des problèmes spécifiques (troubles du psychisme, troubles du comportement, autisme etc...) pourraient être organisées dans les centres de formation d'éducateurs spécialisés. Les personnels des établissements sociaux et médico-sociaux doivent en effet être mieux formés à la spécificité de la prise en charge de personnes anciennement hospitalisées à temps plein en psychiatrie, ces résidents pouvant présenter des troubles psychiques qui entraînent des troubles comportementaux.

Des formations complémentaires destinées aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques pourraient être plus largement ouvertes aux personnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, sur le modèle des stages en psychiatrie que réalisent déjà des éducateurs spécialisés, dans le cadre de leur formation.

De façon symétrique, les personnels paramédicaux doivent être davantage sensibilisés au travail des professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux de façon à leur permettre de mieux préparer la sortie d'un patient hospitalisé à temps complet. Les équipes de psychiatrie doivent être en mesure d'accepter la sortie du patient, mais aussi de lui faire accepter celle-ci.

Nous pouvons envisager également des formations croisées qui permettraient un échange entre professionnels et de mieux comprendre les contraintes et les ressources de chacun dans son domaine. Cela permettrait aussi aux acteurs de terrain de réfléchir conjointement aux situations et d'avoir une vision globale. Le parcours du patient n'en serait que de meilleure qualité.

6.3 La mise en place d'une plateforme commune

Le règlement des difficultés d'articulation suppose que les acteurs apprennent au préalable à se connaître et à se reconnaître pour pouvoir travailler conjointement. Une structure de pilotage commune à l'ensemble peut permettre de mieux coordonner les travaux et les propositions des professionnels des différents secteurs de façon à mettre en cohérence les divers documents de planification. Les groupes de travail mis en place doivent être pluri-professionnels et réunir, outre les structures médico-sociales, sociales et psychiatriques, les usagers, les Conseils Généraux, le Conseil Régional, l'Education Nationale, la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les institutions pénitentiaires. Ces groupes de travail ont pour but d'éviter la méconnaissance réciproque des missions, des contraintes et du fonctionnement des acteurs des secteurs sanitaire, psychiatrique, médico-social, voire social. Ce dispositif a une incidence sur l'opportunité des orientations, la réussite des projets individuels ainsi que les possibilités de réinsertion des personnes. Une plateforme commune permet aussi d'avoir les renseignements nécessaires face à des dispositifs souvent complexes avec de multiples institutions et de multiples intervenants. Mais ce dispositif se doit également d'être réajuster régulièrement. Une plateforme commune doit permettre d'organiser des rencontres régulières et doit se porter garant du fonctionnement sur un territoire.

6.4 Formaliser la coopération

Actuellement, les coopérations s'avèrent insuffisamment formalisées pour que leur pérennité soit garantie et que la continuité du suivi du patient soit assurée. Cette amorce de travail en commun doit donc permettre aux différents acteurs d'approfondir leurs

connaissances réciproques, par échanges d'expériences. Mais au-delà de la mise en place d'un dispositif, il faut le pérenniser et le réguler. Il faut donc institutionnaliser des rencontres régulières afin de réajuster le fonctionnement voir l'améliorer en fonction de changements qui peuvent intervenir tant au niveau fonctionnel qu'au niveau des personnes.

6.5 Une équipe mobile

Une équipe mobile intersectorielle de psychiatrie, peut permettre une réponse rapide à une situation avant que celle-ci ne dégénère et ne devienne ingérable pour l'institution ou les personnes ayant en charge le suivi de la personne. Il s'agit d'une composante essentielle de la psychiatrie de liaison qui intervient hors des structures du secteur psychiatrique. L'équipe mobile intervient dans diverses structures d'accueil, d'hébergement. Elle vise l'amélioration de l'accès aux soins et le développement de la prévention auprès des personnes en situation d'exclusion et de précarité qui se trouvent en souffrance sociale et psychique. Cette forme d'intervention ne répond pas à une urgence mais à une demande face à une situation qui pose problème. Elle effectue une évaluation de la situation et donne une réponse en fonction du problème rencontré. Elle est avant tout réactive et met en place les actions nécessaires à la personne. Cela peut être une hospitalisation mais aussi un rendez-vous pour une consultation ou la mise en place d'une intervention d'un autre service, le S.A.V.S. par exemple. La disponibilité de cette équipe doit être assez importante avec une ouverture 365 jours par an.

6.6 Un conseil local de santé mentale

Enfin, la meilleure façon de parer à ce cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et de mettre en place une politique de santé mentale consisterait à rassembler les différents partis concernés. Les professionnels bien sûr, les décideurs, mais aussi les élus. Les Conseil Locaux de Santé Mentale (C.L.S.M.) ont cette volonté de créer une coordination avec un regard multidimensionnel tout en tenant compte des spécificités et des dynamiques des territoires et de chaque individu.⁷

⁷ Jean Luc ROELANDT « Les conseils locaux de santé mentale. Etats des lieux »

Revue du Centre de collaboration de l'organisation mondiale de la santé.

Juin 2015

Le Conseil Local Santé Mentale se veut un outil citoyen qui fait intervenir les professionnels de la santé, du médico-social, les usagers, les familles, les aidants, en incluant également les politiques. Toute cette hétérogénéité autorise l'invention de nouveaux dispositifs en lien direct avec les dynamiques et les ressources d'un territoire. Il permet de conserver la singularité de la personne et de son environnement proche. Jean-Luc Roelandt nous le décrit dans l'avant-propos de la revue du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (C.C.O.M.S.) de Juin 2015 :

« *Avant-propos*

La prise en compte croissante, au cours des années 2000, des questions liées à la santé mentale dans les politiques publiques, a conduit à la création et au développement de nouveaux dispositifs et de nouvelles pratiques locales, non plus dans les institutions, mais dans la cité elle-même. La complexité des troubles psychiques, de leur prévention, des parcours de soins des personnes, de leur retentissement social et familial, incite au passage, pour la psychiatrie publique, d'une logique hospitalière à une logique territoriale nécessitant la participation de tous. Ces initiatives locales ont mis en exergue l'importance du travail transversal et des notions de parcours de soin, de citoyenneté et d'autonomisation des usagers. Elles ont été reprises dans différentes lois de santé publique, dans les plans "psychiatrie-santé mentale", ainsi que dans plusieurs rapports parlementaires. Cette coordination et ce regard multidimensionnel ne peuvent exister qu'en proximité immédiate, en tenant compte des spécificités et des dynamiques des territoires de vie de chaque usager. Présidé par un élu local, Co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants, le Conseil local de santé mentale (CLSM) est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres. C'est un outil opérationnel de démocratie participative, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de modernisation du système de santé en cours d'examen au Parlement. Le CLSM aboutit à des actions concrètes (création d'outils ou de dispositifs, cycles de formation...) qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public. C'est un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant l'empowerment pour les personnes ayant des troubles psychiques. »*

Le Conseil Local Santé Mentale peut être aussi la base de l'organisation de plateformes ressources pour un territoire ainsi que le moyen d'organiser des formations qui s'adressent aux différents professionnels par le biais de formations croisées. Ces dernières permettent aux professionnels de secteurs différents de se rencontrer, de se connaître et

d'échanger sur leur pratique et donc d'avoir une meilleure connaissance des ressources d'un territoire aussi bien sur le plan des organisations que sur le plan des ressources humaines.

Le Conseil Local Santé Mentale s'adresse à un public très large comme par exemple les gardiens d'immeubles souvent témoins de la souffrance et parfois sollicités car seuls interlocuteurs. Les services de police et de gendarmerie sont aussi concernés. A ceux-ci, nous devons associer les médecins et les infirmiers libéraux souvent démunis face au patient atteint de pathologie mentale.

Le Conseil Local Santé de Mentale a aussi une mission de prévention et d'information auprès de la population avec le souci d'œuvrer pour une déstigmatisation de la pathologie mentale.

Le Conseil Local de Santé Mentale est certainement un outil, voire un des leviers essentiels qui favorisera le décroisement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social de par sa mission et sa volonté de rassembler tous les acteurs. Nous percevons toute l'importance du Conseil Local de Santé Mentale à travers son rôle défini dans la nouvelle loi de « Modernisation de notre système de santé » de Janvier 2016. Le directeur de l'Agence Régionale de santé arrête le diagnostic et le Projet territorial de santé après avis du Conseil Local de Santé Mentale. Ce dernier devient donc un acteur incontournable du développement de la politique de soin en santé mentale.

CONCLUSION

Le secteur sanitaire et le secteur médico-social sont différents de par leur histoire car la création de ces secteurs d'activités répondait à la nécessité d'une époque particulière. Les demandes de soin pour le sanitaire et les demandes d'accompagnement social pour le médico-social. Nous sommes en présence d'un système binaire assez simple avec des missions bien définies pour chacun. Bien entendu, les relations sont assez bien repérées pour chacun des acteurs. Mais, « l'évolution » sociale, la perception de la santé mentale voir de la maladie mentale et les nécessités économiques conjoncturelles obligent ces deux secteurs à collaborer d'une autre façon. C'est inéluctable. Les Agences Régionales de Santé cherchent à

développer ces collaborations en proposant des colloques et des formations. Dans ce contexte, nous voyons ressurgir certaines craintes de la part des professionnels comme la peur de perdre leur place, leur identité professionnelle, leur influence, voire leur budget et pour certaines associations de ne plus exister. C'est aussi une perte de repères et une atteinte à leur fonctionnement. Le sanitaire pourrait-il traiter la demande sociale? Le médico-social aurait-il une action thérapeutique?

Cette collaboration existe depuis longtemps dans les domaines de la santé mentale. Les deux secteurs collaborent non sans difficulté mais ils collaborent. Maintenant, nous percevons que cette collaboration ne se résumera pas à des prises en charge successives mais à un ensemble, avec des apports conjoints des uns et des autres qui construiront une réponse permettant à une personne de vivre dans la cité et s'y sentir bien, de s'y sentir en bonne santé. Le patient, le résident, l'utilisateur, enfin cette même personne pourra avoir un projet de vie qui tiendra compte de ses troubles et de ses difficultés psychiques dans un environnement ordinaire qui pourra lui être adapté à l'occasion.

Par contre gardons nous, nous professionnels avec nos savoirs, de déterminer un modèle type pour une prise en charge. Nous travaillons avec l'être humain qui de par sa définition même mérite le respect de sa singularité. La participation de la personne accompagnée doit être pleine et entière. Il ne s'agit pas en effet de faire un projet pour elle mais avec elle.

Cette collaboration ne doit pas perdre son sens. Accompagner, aider, soutenir, encourager une personne ayant des difficultés psychique afin qu'elle puisse réaliser **SON** projet de vie.

BIBLIOGRAPHIE

(1) R. LEPOUTRE « Comment articuler le sanitaire et le médico-social »
Revue Pluriel « la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale »
Octobre 1999.

(2) BELLAHSEM Mathieu « La santé mentale, vers un bonheur sous contrôle »
Edition La Fabrique 2014.

(3) Marcel JAEGER « L'articulation du sanitaire et du social »
Édition Dunod 2006.

(4) Marcel JAEGER « Les résistances respectives du sanitaire et du médico-social »
Revue Pluriel « la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale »
Octobre 1999

(5) Jean Luc ROELANDT « Les Conseils Locaux de Santé Mentale. Etats des lieux »⁸
Revue du Centre de collaboration de l'organisation mondiale de la santé.
Juin 2015

ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire

Dans le cadre d'un DIU « Santé mentale dans la communauté » organisé en collaboration par l'Université LILLE 2, PARIS 13 et le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS LILLE)/EPSM LILLE METROPOLE, je dois rédiger un mémoire. Ma recherche s'oriente sur la collaboration entre le secteur sanitaire et celui du médico-social. Dans le cadre de la loi HPST, la loi de modernisation du système de santé, les collaborations vont s'intensifier de manière significative. Pour le secteur psychiatrique dans lequel je travaille, cette collaboration existe depuis longtemps. Parfois, pour différentes raisons celle-ci peut être difficile ou bien aisée. Pour comprendre ce fonctionnement, j'ai réalisé un questionnaire que je vais soumettre aux professionnelles des différents secteurs afin de mieux analyser cette collaboration. Je vous remercie de m'aider dans ma tâche en remplissant ce questionnaire. Je reste bien sûr à votre disposition pour de plus amples renseignements ou tout simplement pour échanger sur ce sujet. Bien entendu les questionnaires sont anonymes

R.HUBERT

Profession :

Entreprise :

POUR LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

1 TRAVAILLEZ-VOUS EN COLLABORATION AVEC DES PROFESSIONNEL DU SECTEUR SANITAIRE ?*

OUI

NON

2 POUR VOUS VOTRE MISSION EST :*

EDUCATIVE/SOCIALE

EDUCATIVE/SOCIALE ET THERAPEUTIQUE

THERAPEUTIQUE

3 COMMENT QUALIFIEZ-VOUS LA DIFFERENCE ENTRE VOS SECTEURS ?

-

-

-

4 CETTE COLLABORATION VOUS SEMBLE :*

PEU IMPORTANTE

FACILE

NECESSAIRE

DIFFICILE

PRIMORDIALE

5 COMMENT QUALIFIEZ VOUS CETTE COLLABORATION :*(en général)

MEDIOCRE

BONNE

TRES BONNE

6 COMMENT CETTE COLLABORATION S'EFFECTUE T ELLE* ?

REUNIONS

COURRIER (MAIL)

TELEPHONE

7 CETTE COLLABORATION EST ELLE DEFINIE DE MANIERE INSTITUTIONNELLE PAR L'INTERMEDIAIRE D'UNE CONVENTION *?

OUI

NON

8 POUR VOUS, QUEL ? SONT LES PRINCIPAUX FREINS QUE VOUS RENCONTRER LORS DE CETTE COLLABORATION ? (3 MOTS MAXIMUM)

-

-

9 QUE PROPOSERIEZ-VOUS POUR AMELIORER CETTE COLLABORATION ?(3 MOTS MAXIMUM)

-SOUHAITEZ-VOUS RAJOUTER UNE REMARQUE ?

Je vous remercie de votre collaboration

R. HUBERT

Cadre de santé

Pôle 35G04



Formation croisée

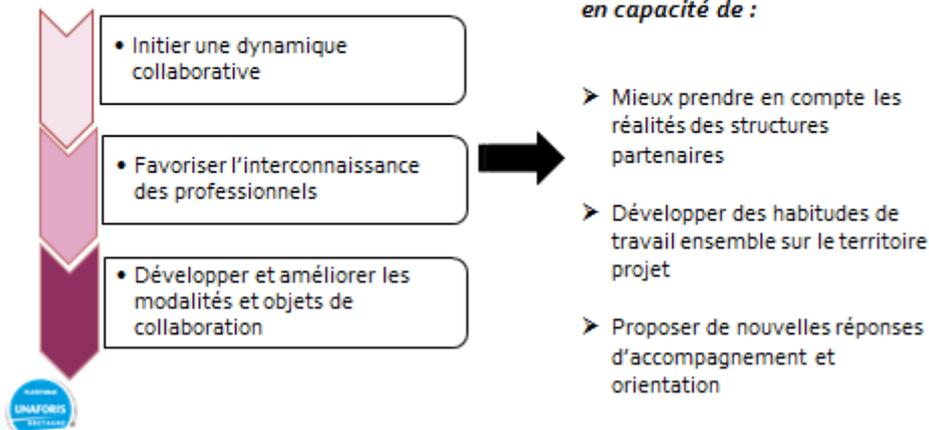
« *Parcours en santé mentale* »

Croiser les pratiques : les clés d'un accompagnement plus performant

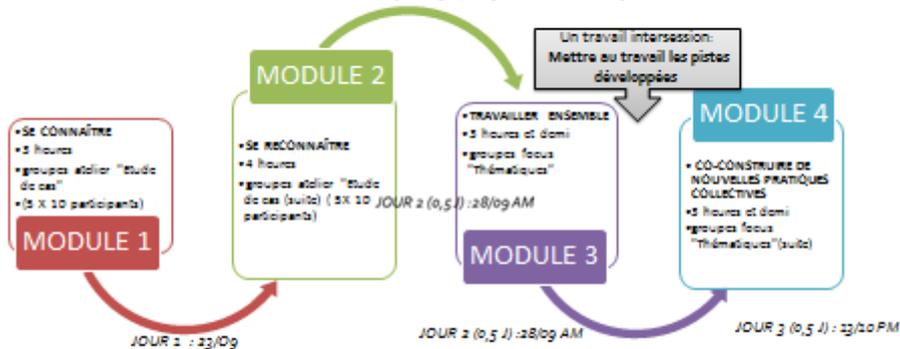


Professionnels des secteurs médicaux, sanitaires et sociaux
d'un territoire du TS 5

Les objectifs et les compétences ciblées



Une formation qui propose un parcours



Ce parcours permet:

Une appropriation progressive
 Une acquisition de connaissances qui s'opère sur les différents temps avec des modalités différentes et accompagné de 3 professionnels experts
 l'apprentissage collectif et la rencontre entre professionnels
 D'émettre des propositions en faisant appel à la créativité et l'innovation

Résumé

La collaboration du secteur sanitaire et médico-social existe depuis longtemps mais chacun reste bien à sa place et intervient dans son domaine particulier. Le sanitaire à un niveau plutôt médical donc thérapeutique et le médico-social plutôt sur un mode éducatif. Jusqu'à présent ce système fonctionnait mais l'articulation entre les deux secteurs s'est complexifié de par l'évolution du système social, de par l'évolution de la législation et de par le nouveau contexte économique récessif. Donc, des choix s'imposent.

De plus, Le domaine de la santé se redéfinit avec entre autre la notion de santé mentale qui se différencie de la psychiatrie. La santé mentale devient donc l'affaire de tous : du sanitaire, du médico –social voir du social.

Les freins que nous relevons sont au niveau des professionnels qui déterminent leur champ d'action de manière restrictive mais aussi au niveau d'un manque de moyen humain. Afin de changer le contexte d'intervention des différents acteurs, nous devons échanger entre professionnels et construire de manière collective une réponse adaptée. Ceci nécessite du temps et des moyens.

Les solutions proposées peuvent être juridiques en définissant légalement le contexte des interventions. Mais, aussi en proposant des formations communes et en mettant en place des plateformes qui centralisent les informations et qui permettent une meilleure connaissance d'un territoire ainsi que ses ressources. Cette collaboration a besoin d'être formalisée entre les professionnels afin de pérenniser ce fonctionnement et afin que chacun puisse s'y repérer aisément.

Une des solutions clé réside aussi dans la création de Conseils Locaux de Santé Mentale qui rassemblent tous les acteurs intervenants dans ce domaine : Bien entendu les différents professionnels, mais aussi les représentants politiques locaux et les représentants des usagers. Les professionnels concernés sont ceux qui travaillent dans les institutions mais aussi les infirmiers libéraux et les médecins généralistes qui sont au centre du dispositif de soins désormais.

Les Agences régionales de Santé sont très préoccupées par cette problématique de collaboration et cherchent des solutions pour favoriser celle-ci. La création d'une bonne collaboration sera une source d'une meilleure prise en charge des personnes concernées.

Mots clés : collaboration, sanitaire, médico-social, santé mentale, accompagnement.