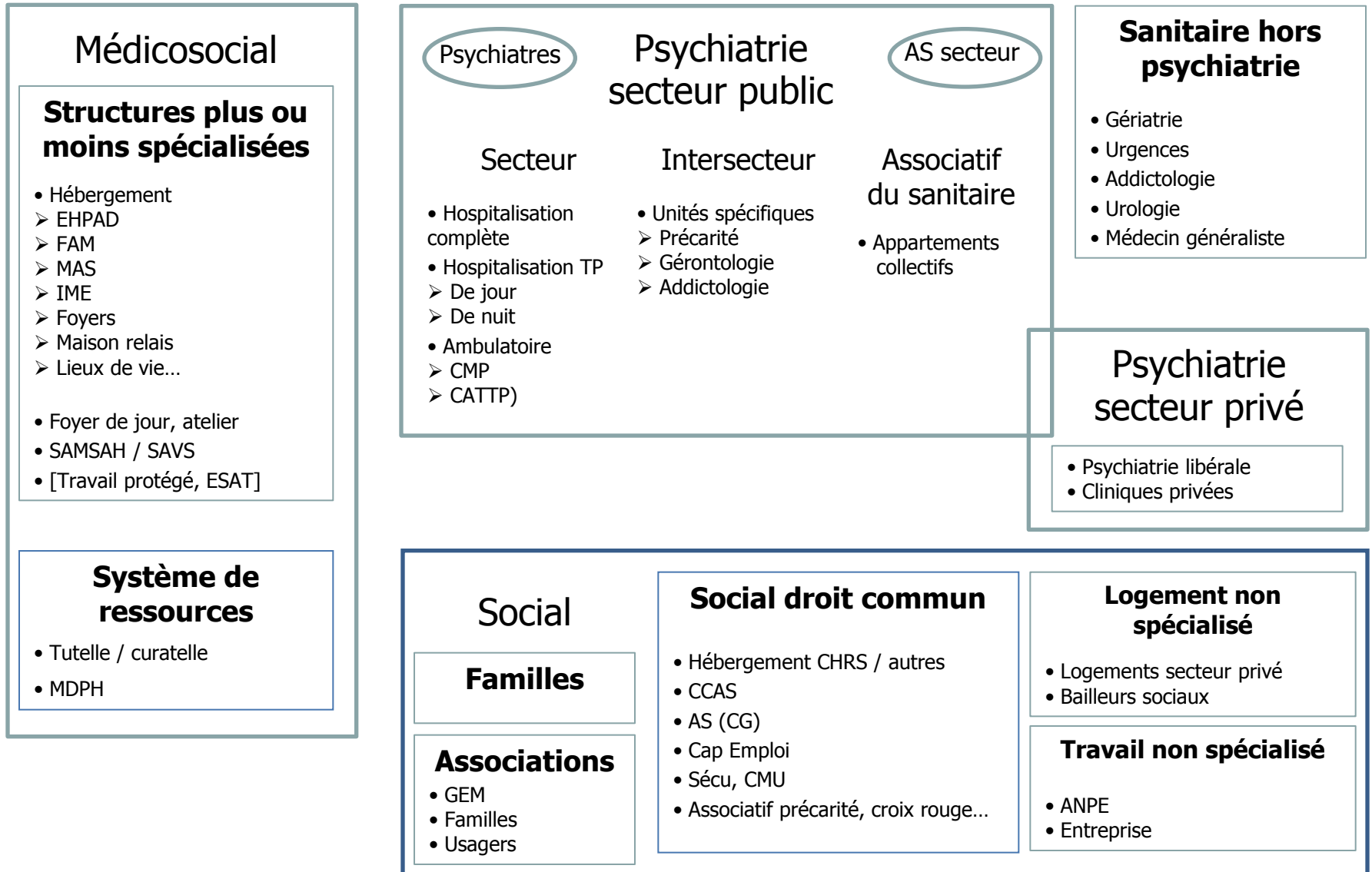

Quelques enseignements de
l'évaluation du plan Santé Mentale sur
l'articulation entre secteurs sanitaire,
social et médico-social

Bruno MARESCA

29 juin 2012

Le système d'acteurs pris en compte



- **Type 1 : « l'autonomisation » avec un fort étayage sanitaire**
 - Des patients sortis de l'hôpital
 - Qui continuent d'être suivis de manière importante en hôpital de jour ou en CMP/CATTP
 - Des solutions d'hébergement, des activités qui restent dépendantes du secteur sanitaire
- **Type 2 : le transfert au médicosocial**
 - Des patients sortis de l'hôpital
 - Pris en charge par un acteur médicosocial
 - La satisfaction du « passage de relai »
 - L'importance du système de « hotline » pour les partenaires du médicosocial
- **Type 3 : l'accession au circuit de soins**
 - Personnes qui refusent le contact avec la psychiatrie, souvent en grande précarité
 - L'entrée dans le circuit du soin se fait par des structures médicosociales ou sociales, ou par des équipes mobiles

« Le fil rouge c'est le suivi du psychiatrie : c'est d'abord un partenaire d'orientation. Il est suivi de façon ambulatoire, c'est toujours son psychiatre que l'on sollicite pour l'évaluation relationnelle et le calage pharmacothérapeutique. Ensuite il y aura une passation au CMP adulte. » (HN_Service logement)

« En 2004 il a été 8 mois en HDT. Après il a fréquenté l'hôpital de jour. Ensuite il a été suivi par le CMP avec une consultation mensuelle et des visites à domiciles hebdomadaires par des infirmières. Il a trouvé très progressivement une place en ESAT grâce au travail de collaboration et de suivi que nous avons mené auprès de la structure. » (LR_S9)

« On n'a pas mis seulement à disposition un logement.(...) On a été là pour l'aider à se réinsérer, l'accompagner et faire le lien entre les différents partenaires de sa prise en charge. » (LR_Maison relais)

« Il y a des personnes qui ont décompensé depuis des années dans la rue, souvent très enfermées dans leur maladie. Les seules possibilités d'accès, c'est souvent par le médicosocial qui leur apporte une aide du quotidien, de la nourriture. Il y a un relais médical et psychiatrique à mettre en place. » (LR_S6)

□ Type 4 : la trajectoire « bloquée »

- Pas de sortie possible faute d'une solution d'hébergement adaptée à l'aval
- Des trajectoires représentatives des « dysfonctionnements » subis par la psychiatrie (« embolisation », « inadéquats »...)

□ Type 5 : la trajectoire « en échec »

- Des patients sortis de l'hôpital
- Des ré-hospitalisations fréquentes faute de prises en charge adaptées
- Des situations peu satisfaisantes sur le plan de l'étayage de la personne (solitude, précarisation...)
- Des projets thérapeutiques en échec faute d'accord de la famille

« Cette trajectoire est représentative de l'hôpital psy hébergement. (...) Il y a beaucoup de sorties retardées après des hospitalisations justifiées au départ. C'est très coûteux pour la collectivité. » (HN_S17)

« C'est un patient de 30 ans très difficile. En 2008 on avait un projet d'orientation FAM ou MAS, mais toutes nos demandes sont restées sans réponse. Il est resté, sans qu'on ait aucun espoir de trouver une structure. Si on avait eu une structure les professionnels auraient pu faire quelque chose pour lui. L'hôpital n'était vraiment pas adapté. » (HN_S20)

« C'est un cas très lourd qu'on ne gère plus aujourd'hui. Ça s'est bien passé au départ, elle était dans une bonne période. On a essayé de la maintenir au GEM malgré ses crises et une grande violence, mais un jour elle a vraiment dépassé les bornes. On a dû appeler les urgences parce qu'elle était en crise, elle m'a tapé violemment. On se rend compte qu'on ne peut rien pour elle, le soin doit prédominer. » (LR_GEM)

« C'est quelqu'un qui vivait avec sa maman. A sa mort, elle se retrouve hospitalisée... Elle n'est pas autonome : les tentatives d'autonomie, un appartement et l'hôpital de jour, ça n'a pas marché. Elle a été dans un foyer de vie et ça n'a pas fonctionné... C'est vrai qu'on est un peu en panne. » (LR_S4)

Postures à l'égard de la santé mentale

– le secteur sanitaire –

□ L'hôpital, lieu de soin

- La technicité de l'acte médical
- La durée de l'hospitalisation adéquate
- Le projet de vie ne concerne pas le sanitaire

“ L'asile pour les gens c'est à la fois le sanitaire et le social. A 500 euros par jour on doit soigner, comme en chirurgie. ” (HN_S20)

“ J'ai 7 patients chroniques que je n'arrive pas à faire sortir parce qu'on ne leur trouve pas de lieu de vie. Ils sont inadéquats, ils ne sont plus en phase de soins. ” (LR_S4)

« Je me suis intéressée à la MAS parce que ces autistes étaient là depuis des années et qu'il fallait trouver une solution, après ça je ne m'en mêle plus. ” (HN_S15)

□ L'hôpital, lieu de construction d'un projet de vie à l'extérieur

- Une approche pluridisciplinaire en interne
- Assurer la continuité avec l'extérieur
- La complémentarité sanitaire / médico-social et social

“ C'est un projet [la sortie de l'hôpital] qui se construit en commun avec le médecin, qui donne une certaine orientation, une indication, qui se travaille avec l'équipe infirmière et l'assistance sociale de service. On s'entend sur l'orientation, chacun y prend sa part et évidemment l'assistance sociale est particulièrement mobilisée. ” (HN_S17)

“ Il y a une répartition des tâches entre l'hôpital de jour et le SAVS et le GEM qui arrivent en renfort pour des actes moins spécifiques, qui ne sont pas des actes de soins mais qui sont nécessaires pour la vie des patients que nous leur demandons d'aider. » (HN_S17)

Postures à l'égard de la santé mentale

– le secteur sanitaire –

□ L'hôpital « intégrateur »

- Disposer de ses propres solutions pour libérer des lits
- Des associations créées par le sanitaire, qui parfois s'autonomisent
- Le « tout thérapeutique »

“ On a aussi une possibilité de placements familiaux thérapeutiques : c'est sanitaire, c'est hôpital hôpital. Le PFT, c'est notre extérieur à nous. ” (LR_S5)

“ Pour l'hébergement plus associatif c'est encore l'hôpital qui a créé des associations, qui dépense de l'énergie et des parts de financement importantes. On s'occupe de la gestion du parc d'appartements collectifs et individuels pour les patients ayant des pathologies psy. Il y a une cinquantaine d'apparts individuels et une dizaine d'apparts collectifs. Il y a un travail avec les SAMSAH qui interviennent dans ces apparts. ” (HN_S19)

“ Il y a des structures de réadaptation par le travail et post-cure gérées par l'hôpital. L'objectif c'est la réinsertion. ” (LR_S6)

Postures à l'égard de la santé mentale

– les secteurs médicosocial et social –

- Prendre en charge le soin ou pas
 - Accompagner en prenant en charge le soin hors urgence et soins vitaux
 - Accompagner sans prendre en charge le soin
 - Accompagner en s'inscrivant hors de tout projet thérapeutique
 - Des situations d'entre deux

“ Nous, on va très bien travailler avec ce type de patients, sauf moments de décompensation. Là, on bute sur une difficulté de réactivité des services hospitaliers. En dehors de ces temps de décompensation, ce sont des gens qu'on va pouvoir très bien accompagner.” (Clinique de post-cure psychiatrique_LR)

“ La responsabilité du soin repose sur les soignants, par sur les assistantes sociales. Être [chez nous] c'est d'entrée de jeu un partenariat entre service de soin et association. C'est un réglage très délicat entre l'équipe soignante et nous. On a mis un an à mettre tout ça en place.” (Association logement_HN)

« Moi je ne me mets pas en lien avec le médical sauf situation très difficile, et j'en parle à la personne. On n'a pas ce rôle là ici. Pas de lien avec le médecin sans leur autorisation, c'est très important pour eux. Ça leur permet exister socialement de façon tout à fait autonome ici. » (GEM_LR)

« Elle a été hospitalisée je crois dans le Nord de la France. On ne demande pas le passé des gens y compris médicalement ou dans son parcours. Pensant que tout individu peut reprendre confiance en lui, reprendre des forces.» (Communauté de vie_LR)

“ On avait pensé à créer un foyer relais avec des temps pleins pour les personnes très en difficulté... Rien ne rentrait dans le cadre légal donc ça ne pouvait pas être financé : c'était ou trop sanitaire, ou trop social. » (SAMSAH SAVS HN)

Postures à l'égard de la santé mentale

– les secteurs médicosocial et social –

Jusqu'où se charger du projet de vie

- Accompagner la construction d'un projet de vie
- Accompagnement ciblé sur une question, dans la durée
- Prise en charge ponctuelle

« Notre mission principale c'est vraiment le projet de vie de l'adulte, l'accompagnement individuel, l'insertion et le bien être. » (Foyer de vie_HN)

« J'ai toujours dit que nous étions un service de logement et non pas d'accompagnement. L'accompagnement auprès de personnes souffrantes psychiques c'est un accompagnement spécifique avec du personnel expérimenté. » (Association logement_HN)

« On prend en charge les personnes sur des durées de un an, renouvelable une fois. On abandonne parfois le suivi de quelqu'un quand il ne peut plus progresser. Quand on arrive au maximum des capacités de la personne on cherche un relais pour trouver quelqu'un après notre départ. On veut toujours que le suivi se fasse par rapport à un nouveau projet.» (SAMSAH_HN)

Pratiques de travail en commun

□ Travail relationnel et de connaissance mutuelle

- Le besoin de partager un langage commun
- L'importance des réseaux de connaissances interpersonnelles
- Les consultations extérieures, un élément clé du relationnel

□ Formation à la gestion de la maladie mentale

- Côté médicosocial, une forte demande de formation et de partage d'expérience
- Côté sanitaire : une relative méconnaissance des structures médico-sociales et de leurs projets

“ ‘Stabilisé’ ça fait peur comme mot, c’est pas la même chose pour un psychiatre et pour le secteur éducatif. Pour ces personnes c’est des traitements très lourds qui font qu’un simple petit bouleversement dans leur vie fait repartir à la case départ. Parfois c’est l’inverse, ça peut être quelqu’un qui va trouver son équilibre progressivement. ” (HN_Foyer de vie).

“ L’enjeu majeur c’est la formation du personnel. Pour favoriser des pratiques sécurisées pour les équipes et bienveillantes pour les occupants. L’idée de formation partagée est un enjeu fort. Si on veut décroiser le médicosocial et le sanitaire il faut que les gens apprennent à travailler ensemble, on est face à la même question qui est comment travailler avec la maladie mentale. Les collègues pas spécialisés sont démunis. » (HN_EHPAD)

« C’est capital pour nous de faire passer notre savoir faire pour que le sanitaire dise : ‘telle ou telle personne correspond à votre projet’. Sinon on perd du temps, s’ils ne savent pas comment nous on fonctionne. S’ils ont compris ils savent que tel ou tel public rentre dans nos cordes. Donc on est toujours en train de dire ce qu’on fait. ” (HN_Foyer de vie)

Pratiques de travail en commun

□ Constitution de réseaux et de partenariats

- Des réseaux informels qui fonctionnent grâce aux connaissances interpersonnelles et nécessitent du temps
- Des réseaux formels, une plus value importante
Un exemple : un **Conseil local de santé mentale**

□ Conventions

- Des liens limités aux consultations extérieures, sans contreparties
- Garantir le retour dans la structure après hospitalisation
- Réserver des places à l'extérieur du sanitaire pour les patients

« Les conventions fonctionnent bien quand les pratiques précèdent conventions. Elle ne remplacent pas les relations interpersonnelles. » (LR_S5)

« C'est tout un travail invisible. Il faut faire la présentation du patient, l'accompagnement pour qu'il aille voir la structure, l'accompagner pour un laps de temps, on retourne le chercher... » (LR_S5)

« On se réunis tous 15 jours, le maire, les gens de mon secteur, du CCAS, la gendarmerie, la police municipale, les pompiers et l'action sociale. On examine des situations individuelles posant des difficultés de toutes natures au niveau de la municipalité. L'objectif c'est informer mais surtout favoriser l'accès au logement. L'effet stigmatisation se fait énormément sentir, on a énormément de mal à trouver des bailleurs privés.» (HN_11)

« On veut un contrat où l'institution qui adresse le patient au moment d'une décompensation le reprend après. » (HN_S19)

“ Quand un ESAT avec foyer se trouve en difficulté avec des personnes qui ont travaillé chez eux des années, ils les mettent en HDT chez nous et ils disent après qu'ils ne peuvent plus les reprendre. ” (LR_S4)

Pratiques de travail en commun

□ Equipes mobiles

- Equipes mobiles précarité
- Equipes mobiles gérontopsychiatrie
- Prévenir les arrivées aux urgences

“ La mission de l'équipe c'est d'amener vers les soins les gens qui les refusent. Ça implique un contact avec des partenaires, pour remettre dans un circuit de soin. ” (HN_S22)

“ On a une structure de gérontopsychiatrie (...), toute une unité qui travaille en partenariat avec des EHPAD, qui fait un travail de réseau très important. C'est une équipe mobile, qui fait des allers-retours. On a la possibilité d'hospitaliser le week-end, il y a tout un tas de montages possibles. On envoie des infirmières et médecins dans les EHPAD. ” (HN_S19)

□ Dispositifs d'aide à la sortie

- Préparer l'admission dans une structure médicosociale
- Évaluation des capacités de réinsertion

“ On est assez novateurs, j'ai beaucoup travaillé en hôpital général et je me suis dit il faut créer une unité pour les autonomiser avant la sortie. Pour qu'ils soient plus présentables après que ceux qui viennent d'autres services. Ce n'est pas le rôle d'un infirmier mais d'un éducateur. On a des éducateurs qui sont à 80% dans ce pavillon. (...) On a fait pas mal de sorties, c'est une équipe pluridisciplinaire, on contacte les établissements, les responsables, pour les rencontrer, se faire connaître dans le cadre de partenariats, savoir si c'est adapté aux besoins des patients...” (HN_S20)

“ On a un groupe de travail de coordination à l'insertion professionnelle. En lien avec hôpital, pôle emploi, cap emploi, les acteurs locaux... L'idée c'est que les choses qui se font sont très parcellaires, manquent de lien. On a créé un poste de coordinateur qui va travailler à mettre en lien ce qui a été fait. On a un accord pour une année expérimentale. L'infrastructure c'est dans notre association, l'hôpital pour le poste ”. (LR_Association FAM / FOC / Foyer / SAMSAH)

Les grandes conclusions

- Deux nœuds de difficultés majeurs au regard de l'objectif du décroisement
 - Pour le secteur sanitaire : le phénomène des « inadéquats », symptôme des difficultés à « faire circuler » les patients
 - Pour le médico-social : les limites de la logique de l'autonomisation, conduisant à redouter la prise en charge de personnes vivant avec un trouble psychique

- Ne pas opposer l'approche « hospitalo-centrée » et une approche alternative, désinstitutionnalisée
 - Les alternatives à l'hospitalisation et les partenariats se développent quand les partenaires peuvent s'appuyer sur un hôpital disponible et réactif

- Une tension traverse le sanitaire sur l'avenir même de la psychiatrie, qui conditionne le type de collaboration à développer avec le MS
 - Modèle « diagnostic traitement sortie » => le MS s'inscrit dans un passage de relais
 - Modèle intégrateur => le MS est un partenaire de la construction du projet de vie

Les besoins de connaissances

- Approfondir l'analyse de la dualité des visions sanitaires de la prise en charge de la santé mentale
 - Modèle « chirurgical » : le MS est une filière post- soin
 - Modèle « intégrateur » : le MS est un partenaire de construction du projet de vie

- Approfondir l'analyse des difficultés du MS à se confronter à la prise en charge de maladie psychique
 - L'inversion de la proportion handicapés, déficients / psychotiques
 - L'inadéquation des projets de structure à ces nouveaux profils

- Les outils de travail communs entre le sanitaire et ses partenaires
 - Revues d'expérience plus approfondies à partir du premier repérage effectué
 - Analyser la genèse de différents dispositifs, leur raison d'être, leurs effets sur les prises en charge, leur possible duplication

- Approfondir l'analyse du fonctionnement de la MDPH
 - Une instance dont les décisions pèsent lourd dans la construction des prises en charge
 - Une incompréhension fréquente exprimée par les professionnels : manque de réactivité, non prise en compte des places disponibles dans la formulation des avis
 - Un déficit de connaissance des questions de santé mentale?