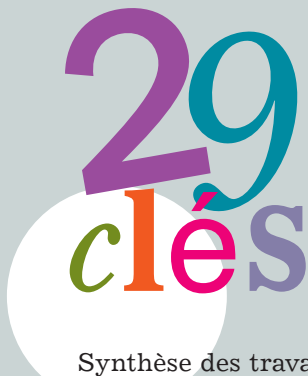


29 clés

pour faire avancer la réflexion
sur les réponses aux besoins
des personnes handicapées
psychiques en Seine-Saint-Denis



Synthèse des travaux menés
par le groupe de travail, mis
en place dans, le cadre de la
mise en œuvre du Schéma
Départemental en faveur des
Personnes Handicapées de la
Seine-Saint-Denis, sur les réponses
à apporter aux besoins des
personnes handicapées psychiques

Introduction

Partant du constat d'une insuffisance évidente des réponses apportées aux besoins des personnes handicapées psychiques, un groupe de travail a été institué en septembre 2008, dans le cadre de la mise en œuvre du Schéma Départemental en faveur des Personnes Handicapées de la Seine-Saint-Denis 2007-2011. Au travers des échanges, depuis plus d'un an et demi, les participants ont cherché à analyser les raisons expliquant cette carence, et à comprendre les freins qui pouvaient exister à la création d'établissements ou de services médico-sociaux spécifiques, ou l'admission de cette population dans les structures non spécifiques.

Il y a lieu de souligner, avant toutes choses, l'amélioration et la multiplication considérable des liens entre le milieu sanitaire et le milieu médico-social. Si beaucoup de chemin reste à faire, ces dernières années sont marquées par un rapprochement des deux secteurs, et le lancement d'initiatives qui méritent d'être valorisées et soutenues.

Ainsi, le développement des conventions individuelles entre les secteurs et les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), la mise en place d'une formation en santé mentale qui a bénéficié à 250 personnes en 3 ans (assistantes sociales, éducateurs spécialisés...), la multiplication d'instances de concertation locales comme les Réseaux d'aide aux Personnes en Difficultés (RESAD), sont autant d'exemples d'une meilleure articulation entre les deux domaines d'activités.

Dans la sémantique même, le travail ne se fait plus avec « le secteur de Monsieur Untel » mais avec « le secteur de telle ville ». Ce n'est plus une personne qui est identifiée mais le travail de toute une équipe qui est reconnu.

Ce document se veut être un instrument de connaissance partagée, favorisant un dialogue constructif entre les porteurs de projets et les financeurs potentiels. Il vise également à permettre aux gestionnaires de structures de réinterroger leur projet d'établissement, au regard des spécificités des accompagnements, ou à aider ceux qui souhaitent développer une instance locale de concertation dans leurs réflexions.

A ce titre, le document de référence accompagne la réalisation d'une charte de partenariat médico-sociale.

L'énumération des freins, telle qu'elle est présentée dans ce document, ne cherche pas à donner une vision négative de la question, ou dévalorisante vis à vis des modes de fonctionnements et des initiatives ayant déjà cours dans le département.

Le document ne fixe aucune réponse, et ne défend pas un positionnement particulier. Il formule des pistes de réflexion et des suggestions, et laisse libre cours à chacun d'aborder la question en fonction de ses orientations et de ses contraintes, sans la figer dans une approche doctrinaire. C'est pourquoi le terme de « clé » a été préféré à celui de frein même s'il peut paraître en contradiction avec la formulation négative.

En ce sens, l'objectif du document est de répondre à une question, résumée en ces termes :

« Que peut-on mettre en commun et que peut-on faire ensemble ? »

Contexte

1^{ère} clé

« Un type de handicap encore trop souvent méconnu et marqué de nombreux préjugés »

La définition du handicap psychique est loin d'être connue et partagée du plus grand nombre, y compris des professionnels. La reconnaissance des spécificités de ce handicap n'a été instituée qu'en février 2005 avec la Loi No 2005-102 du 11 février 2005 « Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des Personnes Handicapées ». Jusqu'ici, le handicap psychique était confondu avec le handicap mental, caractérisé par une déficience intellectuelle constante et des déficiences plutôt séquentielles, donc relativement stables.

En réalité, le handicap psychique se caractérise par une variabilité des incapacités qui touchent préférentiellement les interactions, un trouble relationnel et de l'élan vital. Il est souvent invisible au premier abord, variable dans le temps, nécessitant une réactivité ou une anticipation des décompensations, stigmatisant et générateur de peurs. Pourtant, les personnes handicapées psychiques ne sont, pas plus que le reste de la population, à l'origine de faits de violence, mais en sont deux fois plus victimes.

Pour une part importante des personnes, il n'y a pas de déficit intellectuel, l'intelligence peut contraster avec un trouble du jugement qui peut renvoyer le professionnel à la crainte du jugement de l'autre. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), qui travaille sur l'évaluation de ce handicap, pointe tout de même certaines

répercussions communes entre handicap psychique et la déficience mentale, notamment sur la participation sociale et l'organisation de sa vie. Cette convergence augmente avec l'importance du handicap, le degré de perte d'autonomie. Malgré tous les efforts, certaines évolutions d'état psychotiques peuvent se faire sur un mode très déficitaire, parfois rapidement.

Mais, répercussions identiques ne veut pas dire approche identique. Dans l'accompagnement, très vite des limites se posent : il faut beaucoup d'adaptabilité, de souplesse. Contrairement aux croyances, il est essentiel de poser moins d'interdits, de règlements... Cela demande une culture professionnelle particulière.

L'articulation entre le soin et l'accompagnement revêt un caractère plus aigu que pour n'importe quel autre type de handicap, du fait du déni fréquent des troubles, au moins dans une première phase des états psychotiques. La frontière entre maladie et handicap est loin d'être consensuelle, mais ne justifie pas d'imposer un choix à la personne entre un projet de vie et un projet de soins.

2^e clé

« Les contraintes budgétaires et financières publiques »

Indéniablement, les contraintes budgétaires des financeurs constituent un frein important, en imposant de limiter le nombre de projets finançables, et en poussant à rechercher les réponses les plus pertinentes et les plus efficaces en termes de moyens. Mais la finalité reste, malgré cela, de prendre en considération les besoins de la personne handicapée psychique elle-même, sans négliger ceux de la famille, qui demeure à ce jour la première réponse apportée par défaut d'offre médico-sociale.

3^e clé

« L'absence de données permettant d'identifier quantitativement les besoins auxquels il faut répondre »

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'outil fiable permettant de connaître les besoins quantitatifs des personnes handicapées psychiques.

Les personnes handicapées psychiques sont estimées à 1% de la population générale. En novembre 2009, sur 459 adultes en attente d'une place en établissement médico-social, identifiées par la MDPH, 137 (30 %) présentaient un handicap psychique.

S'agissant des besoins d'accompagnement par les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH), le recul n'est pas suffisant pour avoir un aperçu des personnes en attente de prise en charge.

4^e clé

« Une pénurie de solutions de logement, s'expliquant autant par la situation immobilière, que par les craintes des bailleurs sociaux »

La pénurie de logement frappe toutes les catégories de la population, et le handicap ne constitue pas en soi une priorité face à d'autres situations complexes. Mais il existe une réticence des bailleurs sociaux face aux craintes liées aux troubles de voisinage, à l'incurie ou à la difficulté d'identifier un interlocuteur à même de servir de relai. Pourtant, de nouvelles formes d'accompagnement social se développent, qui méritent d'être valorisées comme les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) notamment.

6^e clé

« Le manque de dispositifs de droit commun amoindrit les chances de reconnexion-insertion et peut générer des effets de filière »

Les mesures d'Appui Social Individualisé (ASI) permettaient un retour vers l'emploi de 20 à 25% des publics au terme d'un suivi de 6 mois. Le psychologue se rendait dans les structures d'insertion pour évaluation, mais 3 à 4 rendez-vous pouvaient suffire pour aider à une réorientation.

La disparition des mesures ASI DDASS, et le risque qui pèse sur celles financées par le Département suite à la transformation du RMI en RSA, placent les chargés d'insertion face à des publics en difficulté pour lesquels ils n'ont rien à proposer.

Or ces mesures n'étaient pas stigmatisantes, et elles permettaient de travailler la reconnexion avec le soin et d'éviter des effets de filière.

Il existe quelques dispositifs non spécifiques qui participent à cette reconnexion : Points Accueil Ecoute-Jeunes (PAEJ), équipes précarités...

7^e clé

« L'évolution de l'espace économique »

La mécanisation de plus en plus prononcée des tâches, en particulier celles liées au conditionnement, confronte les ESAT au développement des marchés de services (espaces verts, entretien de locaux...) exercés dans un emploi moins contenu. Ces tâches exigent une autonomie et un niveau de socialisation plus important, du fait du travail à l'extérieur de l'ESAT. Ces aspects étant plus difficilement évaluables lors d'un entretien avec l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, un faible taux de candidatures est retenu par les responsables d'ESAT parmi celles orientées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées (CDAPH).

5^e clé

« Le déficit démographique des professionnels de la santé complique les recrutements, et met en péril la continuité des soins dans les établissements médico-sociaux »

Le déficit des professionnels de la santé est particulièrement prégnant sur la Seine-Saint-Denis, où un médecin généraliste sur deux qui quitte le département n'est pas remplacé, et où la pénurie de psychiatres touche le secteur libéral de façon encore plus nette.

Quant aux infirmières, la vacance des postes peut mettre en péril la continuité des soins, notamment la préparation et la gestion des traitements.

Orientations MDPH

8^e clé

« Une reconnaissance du handicap trop souvent subordonnée à l'effectivité des soins »

Dans la mesure où c'est le médecin qui pose le diagnostic, prescrit les soins et le suivi, et, surtout, remplit le certificat médical, c'est également lui qui est amené à aider l'équipe pluridisciplinaire pour déterminer le niveau de handicap et se prononcer sur les demandes de compensation. En ce sens, la reconnaissance du handicap passe par le soin.

Or, c'est là justement une des difficultés rencontrées auprès des personnes handicapées psychiques : « Le déni des troubles fait partie des troubles » et entraîne une rupture des soins.

Peut-on pour autant laisser la personne en errance, sans accompagnement de type SAVS-SAMSAH, sans hébergement de type Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), ou d'aide financière comme l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ? Toutes ces aides sont subordonnées à une reconnaissance médicale.

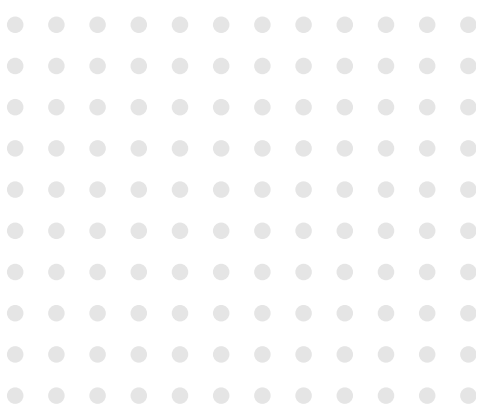
Peut-on refuser une AAH ou une Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à une personne qui n'est pas suivie ? Un médecin peut-il (ou doit-il) refuser de remplir le certificat de quelqu'un qu'il ne suit pas habituellement ? Ces questions peuvent susciter un débat controversé mais méritent d'être posées.

Négocier avec l'intéressé une demande auprès de la MDPH peut s'avérer être déjà une tâche difficile, d'autant que le nom même du dispositif sous-entend un statut qui peut-être mal vécu pour la personne («handicapé »). Mais le retour vers le médecin est souvent encore plus délicat.

Ce travail doit se faire très en amont, plusieurs visites peuvent être nécessaires avant que la MDPH ne soit sollicitée.

Il y a besoin de « re-connecteurs » entre la personne et l'équipe de secteur. Les SAMSAH peuvent jouer ce rôle pour autant que les financeurs puissent admettre qu'ils interviennent avant la reconnaissance du handicap.

Cette fonction de reconnexion n'entre pas dans celles du Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM), lieu de rencontres, d'échanges et de partage, gérés par les personnes handicapées elles-mêmes, bien que les usagers puissent échanger entre eux sur cet aspect. Il s'agit plus dans ce cas, d'un espace d'auto-organisation que de « raccrochage » aux soins.



9^e clé

« Un certificat médical n'est pas l'outil le plus adapté pour rendre compte d'une situation aussi complexe, dont les troubles peuvent être peu visibles et déniés »

Le certificat médical se révèle parfois inadapté, comme condition, mais aussi dans son contenu. Il est en effet difficile de saisir en quelques mots toute la complexité d'une situation, instable de surcroît, et où certains troubles sont peu visibles et parfois déniés par l'intéressé.

10^e clé

« La persistance d'une méconnaissance réciproque des partenaires et, notamment du mode de fonctionnement de la MDPH, gêne le recueil des données utiles pour les prises de décision »

L'expérience des médecins, qui ont intégré la MDPH, tend à confirmer que la méconnaissance de son mode de fonctionnement, par les équipes soignantes, ne favorise pas le recueil d'informations pertinentes. A l'inverse, un renforcement du lien entre l'équipe pluridisciplinaire et les équipes soignantes, contribue à améliorer la prise en compte de ce type de handicap. Outre le développement des formations et informations, des médecins, des travailleurs sociaux, des usagers, les réunions de synthèse entre partenaires peuvent s'avérer un mode de coopération plus opérant.

11^e clé

« Les échecs et la surcompensation minent les projets ultérieurs »

Le handicap psychique n'est pas séquentiel, il est instable et réversible. La personne peut donc connaître des périodes d'améliorations, voire de quasi-rémissions, mais voir aussi sa situation aggravée par les réponses qu'on lui apporte. C'est le cas quand un projet inadapté aboutit à un échec : la blessure narcissique peut démotiver rapidement la personne et compromettre durablement les tentatives ultérieures.

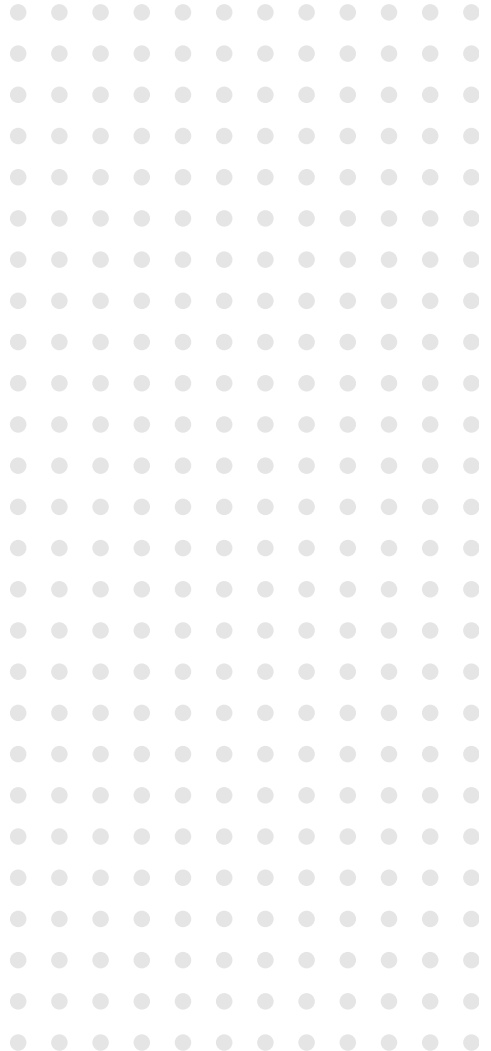
Se contenter d'ouvrir des droits aux prestations, comme l'aide humaine avec la PCH, ou un soutien financier avec l'AAH, revient parfois à surcompenser le handicap, et à installer la personne dans ses déficiences actuelles, au détriment d'un projet thérapeutique et d'autonomisation.

Porteurs de projets

12^e clé

« Il n'existe qu'un nombre réduit de porteurs potentiels de projets ayant acquis une expertise suffisante dans la gestion des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées psychiques »

La création et la gestion des établissements et services médico-sociaux s'avèrent particulièrement complexes, notamment au regard d'une législation pléthorique et des compétences requises. En Seine-Saint-Denis, il y a peu d'associations qui se positionnent exclusivement sur le handicap psychique et gèrent des structures médico-sociales. Progressivement, des services voient le jour et constituent des pôles d'expertises et de ressources départementales.



Projet institutionnel

13^e clé

« Un amalgame entre deux populations qui nécessitent des approches différentes : handicap psychique et Troubles Envahissants du Développement (TED) »

La tendance est encore trop souvent de mélanger l'accueil des personnes présentant un Trouble Envahissant du Développement (TED), notamment l'autisme, avec les personnes ayant un handicap psychique. Pourtant, le handicap psychique se caractérise plus par un trouble relationnel et de l'élan vital, que par des troubles de la communication, prédominants dans les TED. Si la gestion du quotidien est rendue difficile dans les deux cas, l'accompagnement diffère dans les méthodes à mettre en œuvre.

14^e clé

« L'absence de projet institutionnel spécifique, même au sein d'un établissement non spécialisé »

15^e clé

« Des formations spécifiques perfectibles »

Dans l'accompagnement, des limites se posent rapidement : il faut beaucoup d'adaptabilité et de souplesse. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il est essentiel de poser moins d'interdits, ou de règlements. Cela demande une culture professionnelle particulière. L'étude qualitative de l'offre médico-sociale menée en 2006 par le CREA dans le cadre de l'élaboration du Schéma, a montré que presque toutes les structures (établissements de travail, foyers occupationnels ou d'hébergement, structures de soins et services d'accompagnement), exception faite des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), sont désormais concernées par le handicap psychique.

Le développement exclusif de services et d'établissements spécifiquement dédiés aux personnes handicapées psychiques n'est pourtant pas souhaitable. Comment refuser une prise en charge de proximité, du fait d'une compétence exclusive pour le handicap mental ? D'autant qu'il faut attendre souvent très longtemps avant d'obtenir l'adhésion de la personne au projet, et que cette adhésion sera de courte durée si rien n'est initié rapidement.

La diversification ne doit pas conduire à cloisonner les offres. Dans une certaine mesure, l'intérêt d'une structure totalement spécifique semble d'autant plus marqué :

- Que les personnes sont moins déficitaires sur le plan mental
- Qu'il risquerait d'y avoir confrontation importante des deux publics (plus important pour un lieu de vie qu'un service à domicile).

Toutefois, intégrer des personnes handicapées psychiques dans un établissement ou service non spécifique, impose un projet institutionnel spécifique qui passe par :

- L'identification précise des prestations et de leurs objectifs
- Repenser les ratios d'encadrement
- Compléter les formations du personnel
- Personnaliser les projets individuels
- Revoir fréquemment les projets individuels
- Savoir s'adapter, faire preuve de souplesse

Une cohabitation des deux publics est possible, mais certaines personnes handicapées psychiques peuvent refuser d'intégrer un établissement où sont accueillies des personnes déficientes mentales. Au final, c'est bien la personne elle-même qui peut faire ce choix.

16^e clé

« L'admission des personnes handicapées vieillissantes en EHPAD est limitée par les troubles du comportement, compte-tenu des moyens qui sont ceux de ces établissements »

Les coopérations semblent parfois plus aisées entre les structures sanitaires et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), qu'avec les établissements pour personnes handicapées.

Ces modes de partenariats sont souvent mis en avant comme exemple à suivre, alors même que les établissements pour personnes âgées disposent de moins de moyens financiers et humains. Cela pose question : comment font des établissements qui disposent de moins de moyens pour mettre en place des partenariats plus efficaces ?

C'est que les EHPAD accueillent davantage de personnes présentant un syndrome démentiel que de véritables troubles du comportement, sous forme de violences ou d'automutilations. Par ailleurs, la perte d'autonomie physique, qui caractérise les populations accueillies en EHPAD actuellement, limite notablement les passages à l'acte.

De ce fait, l'indication d'une admission en EHPAD, pour une personne handicapée vieillissante de moins de 60 ans, se pose surtout pour celles dont le profil est plutôt sur le versant déficitaire et en perte d'autonomie.

Mais il n'est pas possible d'affirmer que les EHPAD sont dans une situation similaire de celle des ESMS pour personnes adultes handicapées.

17^e clé

« Une diversification des réponses encore insuffisante pour offrir des solutions adaptées à des situations individuelles singulières. »

Face à la diversité des besoins et à leur variabilité parfois brutale dans le temps, les réponses doivent pouvoir être mises en place très rapidement, et concilier le social et le soin (par exemple : ½ temps ESAT + ½ temps Hôpital de jour). Le projet de soin doit pouvoir cohabiter avec le projet de vie, la singularité des situations de handicap doit s'accompagner d'une diversité des offres qui permette une adhésion de la personne, toujours difficile à obtenir, et un parcours vers l'autonomisation.

Cela nécessite donc de pouvoir proposer une certaine modularité sur les réponses possibles, qui passe par le dialogue avec les financeurs.

Cette diversification doit porter dans tous les domaines. Le handicap psychique ne justifie pas une médicalisation systématique des établissements et services. A ce titre, les SAVS et foyers de vie ont toute leur place dans ce panel d'offres.

18^e clé

« Des structures qui peuvent s'avérer stigmatisantes pour la personne, parfois elle-même dans le déni des troubles »

Reconnecter, refaire un lien avec une équipe soignante est un travail qui ne peut se faire que dans la durée. Il s'agit de négocier, voire « ré-approivoiser », et de ne pas brusquer, la composante temps devenant par là même essentielle.

Cette démarche se fera d'autant mieux que la structure qui opère cette fonction n'est pas forcément identifiée comme spécifiquement destinée aux handicapés psychiques ou aux « malades mentaux ». Des exemples existent, comme les Points d'Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) qui accueillent environ 30 % de jeunes avec des difficultés psychiques. C'est aussi le cas pour les structures identifiées pour « personnes handicapées » du fait de leur dénomination, plus que pour un projet d'autonomie, par exemple la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

19^e clé

« Les réponses actuelles sont construites en référence au handicap mental »

Une des caractéristiques des personnes handicapées psychiques au regard des établissements et des services, est de constituer un groupe hétérogène, auxquels il est difficile d'apporter une réponse en terme de tout ou rien. La plupart des établissements ont été mis en place pour une population relativement stable dans le temps. La plupart des réponses actuelles, que ce soit en termes d'offres ou de financements, sont construites en référence au handicap mental. Or la reconnaissance du handicap psychique se fonde sur la reconnaissance de besoins spécifiques. Il est important de ne pas les nier et de les identifier, de favoriser la connaissance dans ce domaine pour faire vivre la notion même de handicap psychique.

Financeurs

20^e clé

« Un manque de réactivité et de souplesse dans les modes de financement, de l'ouverture des droits et de l'orientation »

Le temps nécessaire à une personne handicapée psychique, pour envisager un projet de vie et adhérer à une démarche, peut s'avérer souvent très long, plusieurs années parfois.

Pour autant, la versatilité liée au handicap, les décompensations des troubles, l'interprétation d'un délai perçu comme trop long, ou comme une remise en cause ou un désintérêt de l'équipe, peut entraîner rapidement la personne handicapée à se désinvestir de son projet.

Cela nécessite donc de pouvoir proposer une plus grande réactivité qui passe par le dialogue avec les financeurs.

21^e clé

« Des ratios d'encadrement insuffisants »

Les troubles du comportement semblent poser le plus de problèmes aux établissements, même si la majorité des personnes handicapées psychiques n'en présentent pas.

Dans les faits, il s'agit essentiellement de violences, des troubles auto/hétéro agressifs, ou délicats à gérer dans une institution collective, notamment quand ils sont liés à une manifestation de la sexualité. Dans ces cas, les besoins de moyens humains ne sont plus les mêmes.

22^e clé

« Il existe un seuil à l'admission des personnes présentant des troubles du comportement »

Même avec des moyens plus importants, il est impossible, pour une structure médico-sociale, de faire cohabiter 30 personnes ayant des troubles du comportement et de n'admettre que des résidents présentant ces troubles.

Faute de quoi, la situation peut devenir ingérable et provoquer l'usure rapide du personnel, sans compter un effet de contagiosité du climat de violence.

23^e clé

« L'absence ou l'insuffisance de médicalisation, notamment en présence de psychiatres »

La présence d'un temps suffisant de psychiatre permet de faciliter le lien avec le secteur psychiatrique, d'offrir une meilleure prévention et une gestion plus efficace et rapide des décompensations, ainsi qu'un accompagnement des équipes. C'est bien une spécificité du handicap psychique que d'être caractérisé par une fréquente instabilité dans le temps. Du fait des problèmes liés à la démographie médicale, la présence d'un médecin généraliste, ayant suffisamment d'expérience dans ce domaine, peut permettre d'entretenir la qualité du lien entre les intervenants du sanitaire et ceux de l'accompagnement social.



24^e clé

« Un mode de financement qui ne permet pas de conserver la place de l'usager au delà d'une certaine durée d'hospitalisation »

Les décompensations, et, plus généralement le besoin récurrent d'hospitalisations, génèrent des absences itératives et parfois longues. Or le mode de financement actuel sous forme de prix de journée, ne permet pas de conserver sa place à l'usager au delà d'un certain temps (2 mois par exemple).

Ce qui compromet le retour dans une institution médico-sociale, ou le soumet, au mieux, à une nouvelle longue période de recherche.

25^e clé

« Il existe un seuil à l'admission des personnes présentant des troubles du comportement »

Accompagner au quotidien des personnes handicapées psychiques nécessite un investissement en temps et en personnel beaucoup plus conséquent au début de la prise en charge. C'est une période nécessaire pour faire connaissance, d'autant que le handicap psychique est hétérogène dans ses manifestations. Celles-ci prennent tout leur sens dans une histoire, un parcours singulier qu'il convient de prendre en compte.

L'équipe doit donc pouvoir s'organiser pour faire face aux situations difficiles, notamment générées par les manifestations anxieuses ou dépressives, les troubles du comportement, chez une personne qui vient de perdre ses repères et a besoin d'un temps d'accoutumance. C'est aussi le temps du transfert d'expérience au sein d'un personnel dont toutes les personnes n'ont pas forcément le même bagage professionnel.

Cet aspect revêt un caractère plus aigu dans la période qui suit l'ouverture d'un établissement et peut conditionner une montée en charge plus progressive que dans d'autres structures. Faute de quoi, le recrutement ne pourra pas privilégier les situations les plus compliquées sans mettre en difficulté la nouvelle équipe.

Articulation sanitaire et médico-social

26^e clé

« Comment faire face aux situations de crises ? Aux décompensations ? Comment faire quand le médico-social se sent dépassé ? ... Manque d'interlocuteurs ? ... Défaut de solutions spécifiques ? »

Ce sont moins les phases de stabilisation des troubles qui posent problèmes que la gestion des phases aiguës. Principale récrimination : « C'est la lutte pour faire hospitaliser d'urgence. Nous sommes confrontés au refus des personnes dans les phases de décompensation. »

Pour les professionnels du médico-social, l'hospitalisation est parfois demandée comme une mesure de protection des autres résidents face à un comportement violent, ou pour protéger la personne elle-même lorsqu'elle est susceptible de se mettre en danger au point de justifier une surveillance constante.

Pour les soignants, les limites d'un établissement médico-social ne sauraient justifier à elles seules une hospitalisation notamment compte tenu des moyens qui sont ceux de la psychiatrie générale actuellement. Pour certains, cette impression peut être renforcée par le fait que les déficiences résiduelles peuvent être vécues comme des « échecs thérapeutiques ».

27^e clé

« Une pénurie de places en établissements et services, qui peut entraîner des craintes par rapport à une éventuelle réorientation et ne génère pas les meilleures conditions de dialogue entre sanitaire et médico-social. »

La pénurie de places et le manque de projets adaptés engendrent des craintes lors des admissions, dans les structures aussi bien sanitaires que médico-sociales, avec la perspective de rencontrer des difficultés en cas de réorientation nécessaire.

Qu'advient-il quand le projet individuel actuel ne sera plus adapté ? Comment l'équipe pourra-t-elle continuer à assurer une prise en charge tout en s'investissant dans une recherche longue et difficile ?

28^e clé

« La disparité des coopérations sanitaires-médico-social (1) due à la non-prise en compte des places d'établissements et services médico-sociaux installées sur le territoire, dans l'allocation des moyens humains et financiers des secteurs de psychiatrie »

Le lieu d'implantation de la structure (établissement ou service médico-social) revêt une importance particulière, car il existe indéniablement une disparité dans les coopérations, dont les origines sont multiples. En effet, les moyens alloués aux secteurs de psychiatrie, le sont pour une file active qui ne tient pas compte des Etablissements et Services Médico-Sociaux implantés sur son territoire.

Ainsi, le secteur de Bondy comprend notamment sur son territoire, un EHPAD de 250 places appartenant à la ville de Paris, un hôpital général, 4 établissements de soins et un service de soins de suite (Hôpital Jean Verdier), par lesquels l'équipe est susceptible d'être sollicitée pour des personnes non « domiciliées » sur ce territoire.

Il en va de même pour l'hébergement et les services pour personnes handicapées, les Etablissements d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les CHRS...

C'est pourquoi, la plupart des secteurs ne conventionnent que pour les personnes qu'elles suivent habituellement. De ce fait, il n'est pas étonnant que le constat partagé soit, qu'en l'absence d'un 4^{ème} secteur, il est plus difficile d'envisager des coopérations sur les secteurs dépendant de l'Hôpital Robert Ballanger.

Or la création de nouvelles structures ne tient pas compte actuellement de cette donnée, ni lors de la phase d'instruction, ni lors du passage en CROSMS. C'est aux promoteurs de projets qu'il est demandé de s'assurer des futures coopérations. Mais la difficulté pour les promoteurs de trouver un terrain dans un département aussi urbanisé pour implanter une nouvelle structure, limite les marges de manœuvre.

Il est vrai, que là où ces conventionnements existent, par exemple sous forme de mise à disposition d'un temps d'infirmier au sein d'une maison de retraite, les relations s'en sont trouvées facilitées dans les deux sens.

Il est donc souhaitable que la mise en place prochaine des Agences Régionale de Santé (ARS) soit une occasion de prendre en compte ce critère.

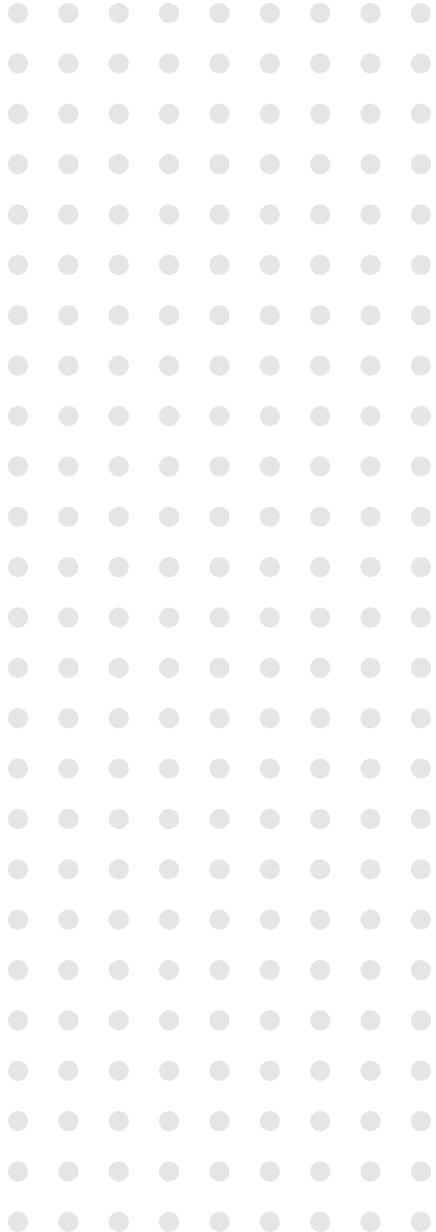
29^e clé

« La disparité des coopérations sanitaires-médico-social (2) du fait de l'absence de pilotage des politiques de santé mentale »

Cette hétérogénéité des coopérations provient aussi des différences de priorités, de culture, et en partie de la personnalité du médecin chef de secteur, sur qui reposent les choix à opérer. Cette variabilité caractérise la psychiatrie par rapport aux autres domaines sanitaires, en l'absence de pilotage national de la politique de santé mentale.

Depuis la fermeture du Bureau de la Santé mentale dans les années 90, les missions sont définies par le chef de secteur, même s'il s'opère un glissement progressif vers les directeurs d'établissements de référence.

Un pilotage national, nécessiterait de quantifier et d'allouer les moyens nécessaires à la mise en œuvre des politiques.



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

