

L'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques sur l'île de la Réunion



Auteur : Christophe RICHARD, assistant d'étude CREAM-OI

Coordination : Julien VERNET, conseiller technique CREAM-OI

Août 2017

1. Contexte de l'étude.....	3
2. Méthodologies	3
2.1 Approche quantitative par le biais d'un questionnaire.....	4
2.2 Approche qualitative via des entretiens semi-directifs	4
2.3 Les résultats.....	5
2.4 Du traitement des données collectées et des limites	5
3. Accueil et accompagnements dans les établissements médico-sociaux	6
3.1 Les résultats du questionnaire en ligne.....	6
3.1.1 Les établissements et leurs publics : informations générales	6
3.1.2 Le type d'accompagnement.....	7
3.1.3 Les partenariats	8
3.2 Les entretiens avec les ESMS	9
3.2.1 L'accueil	10
A. Les étapes incontournables de l'accueil	10
B. Les phases d'accueil.....	13
C. Des initiatives locales pour rationaliser l'accueil.....	13
3.2.2 L'accompagnement	15
A. L'accompagnement :	16
B. Outils créés pour l'accompagnement des personnes accompagnées.....	17
C. Outils créés :.....	19
3.2.3 Travail partenarial avec le secteur sanitaire.....	19
A. Conventionnements entre le secteur sanitaire et des ESMS	19
B. Des établissements à plusieurs vitesses	20
C. Des stratégies de communication	21
D. Le séquençage de l'accompagnement.....	22
E. Travail partenarial	22
3.2.4 Les réorientations	22
3.2.5 Synthèse	23
4. Accueil et accompagnement dans les établissements sociaux.....	24
4.1 Les résultats du questionnaire en ligne.....	24
4.1.1 Etablissements et leurs publics : informations générales.....	24
4.1.2 Les types de prise en charge :.....	24
4.1.3 Part d'usagers souffrant de troubles psychiques.....	25
4.1.4 Partenaires médicaux des ES	25
4.1.5 Les partenariats	26
A. Les facteurs de réussite.....	26

B. Les facteurs d'échecs	26
4.1.6 La gestion de crise en interne.....	27
4.1.7 La gestion de crise avec l'externe.....	28
4.1.8 Les préconisations pour améliorer la prise en charge	28
4.2 Les entretiens avec les établissements sociaux	29
4.2.1 L'accueil	29
A. Le projet d'accompagnement.....	30
4.2.2 L'accompagnement	31
A. Un suivi insécurisant et de la stigmatisation.....	32
4.2.3 Travail partenarial avec le secteur sanitaire.....	33
A. La gestion de la phase de dégradation de la maladie :	34
B. Les crises.....	36
C. Ne pas se décrédibiliser	36
D. Incompréhensions et conséquences	37
4.2.4 Les réorientations	38
4.2.5 Réponses « bricolées »	40
4.2.6 Synthèse	41
5. Conclusion	42
5.1 Pour les ESMS	42
A. Ce que nous apprend le questionnaire en ligne	42
B. Ce que nous apprennent les entretiens	42
5.2 Pour les ES	43
A. Ce que nous apprend le questionnaire en ligne	43
B. Ce que nous apprennent les entretiens	44
6. Orientations émergentes de l'étude :	45
7. Annexes	46
Fiche « accueil et accompagnement de l'utilisateur HPsy au quotidien ».....	46
Fiche « dispositif/démarche ».....	47
Liste des EMS rencontrés	49
Liste des ES rencontrés.....	50
Fiche Technique « évolution des EMSP ».....	50
Typologie des besoins des ESMS en matière de relais extérieurs en psychiatrie/santé mentale.....	54
Fiche technique « Temps partagés »	56
Glossaire	58
Liste des participants du groupe C6	59

1. Contexte de l'étude

La loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique a initié des changements dans l'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques ayant accès aux services sociaux et médico-sociaux. Par ailleurs, la prise en charge des troubles psychiques constitue un enjeu majeur en termes de santé publique¹. Ainsi, depuis, 2013, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a engagé un travail d'accompagnement de 3 ARS (Auvergne, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais) expérimentant des plans d'actions prioritaires articulant des ressources du sanitaire, médico-social et social pour fluidifier les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Ce travail s'inscrit également pleinement dans la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. 69) et dans les dernières orientations du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016.

C'est dans ce contexte que l'ARS-OI, avec l'appui de l'ANAP, du CREA-I-OI et avec la participation des acteurs du territoire concernés par l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiques et/ou de pathologies psychiatriques se sont engagés depuis octobre 2015 à améliorer le parcours de soins et de vie de ces personnes.

Ces travaux ont permis l'élaboration d'un diagnostic partagé, d'une feuille de route et de 9 fiches actions. Constatant de nombreux freins et problématiques d'accueil et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques au sein des structures sociales et médico-sociales, une de ces 9 fiches actions portait sur le développement de l'accueil et l'accompagnement de ce public dans ces établissements.

Le groupe de travail constitué² pour formuler des propositions de développement permettant d'améliorer ces accueils et ces accompagnements a souhaité pouvoir identifier au préalable les freins et les leviers de l'orientation vers les établissements médico-sociaux (EMS) et repérer les expériences d'accueil et d'accompagnement. Le CREA-I-OI, en tant que pilote de ce groupe a ainsi proposé un cahier des charges d'étude, validé par le groupe et financé par l'ARS-OI.

L'étude a été réalisée par Christophe RICHARD, étudiant en formation d'ingénierie sociale à l'IRTS de la Réunion, supervisée par Julien Vernet (CREA-I-OI), enrichie des commentaires du groupe de travail.

Ce rapport présente une étude divisée en deux parties :

- Une première partie consacrée à l'accueil et l'accompagnement des personnes reconnues porteuses de handicap psychique au sein des établissements médico-sociaux.
- Une seconde partie consacrée à l'accueil et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques au sein des établissements sociaux.

2. Méthodologies

La commande initiale portait sur **« le repérage et la description des expériences de développement de polyvalence pour les personnes handicapées psychiques dans l'optique de la facilitation de l'accueil et de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans les services et établissements du champ social et médico-social. »**

¹ Réaffirmé par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyant notamment l'élaboration de projets territoriaux en santé mentale

² Groupe de travail C6

L'étude s'est déroulée en deux phases :

2.1 Approche quantitative par le biais d'un questionnaire

La première phase de l'étude a consisté en l'envoi d'un questionnaire en ligne à un panel de cinquante ESMS du champ du handicap et des personnes âgées³ retenus par l'ARS-OI et de dix-huit ES retenus par la DJSCS à la date du 05 décembre 2016.

Le questionnaire reprenait des questions portant sur :

- Les types d'accompagnement
- Le motif de mise en place de ces accompagnements
- Les partenariats mis en œuvre par les établissements pour l'accompagnement des personnes relevant du handicap psychique.

2.2 Approche qualitative via des entretiens semi-directifs

Pour la seconde phase de l'étude, il s'agissait d'appréhender sur un mode plus qualitatif les modes d'adaptation des ES et ESMS dans l'accueil des personnes handicapées souffrant de troubles psychiques. La méthode des entretiens semi-directifs a donc été retenue.

Pour ce faire, une grille de relevé d'expériences a été adoptée en première instance par le groupe de travail. Au fur et à mesure des rencontres, la grille a été modifiée.

D'abord, face au caractère perçu comme discriminant des adjectifs « innovant » et « alternatif », il a été décidé de retirer ces mots des questions de la grille au 26/01/17. Une question portant sur le caractère innovant a toutefois été ajoutée à la fin de la grille : « Estimez-vous que votre démarche possède un caractère innovant ? »

Ensuite, après transmission de cette grille modifiée et des premières données brutes liées aux réponses des questionnaires (au 09/02/2017), les membres du groupe représentant l'ARS-OI et la DJSCS ont souhaité apporter leur contribution à la grille d'entretien pour la suite de l'étude. Au repérage des démarches innovantes pour l'accueil des personnes handicapées psychiques en établissement, il a été discuté et approuvé avec le représentant de la DJSCS qu'il serait intéressant d'identifier également « les problématiques et les besoins des établissements, notamment dans leurs rapports avec la psychiatrie de secteur ».

Le représentant de l'ARS-OI a, quant à lui, proposé de réorienter la focale sur la prise en charge quotidienne des usagers afin de mieux cerner les problématiques et besoins des établissements.

Conséquemment, une fiche « Accueil et accompagnement de l'utilisateur handicapé psychique au quotidien » par rapport à la grille « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) originellement proposée a été ajoutée. Dans cette partie, en plus de questions générales sur l'accompagnement au quotidien, des questions liées aux parcours de soins, à la gestion de crise et à la mise en place de dispositifs réflexifs après crise ont été ajoutées.

L'ajout de cette partie a répondu à une inquiétude émergente du groupe après la première réception des réponses du questionnaire en ligne : le manque de partenariats engagés, la prise en charge systématisée en groupe mixte du côté des ESMS ; les réponses potentiellement alarmistes des ES et la perspective de l'absence de dispositifs innovants à livrer ont réorienté la focale.

D'un recueil de dispositifs innovants, l'étude passait à la photographie du quotidien de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

³ Voir liste en annexe.

2.3 Les résultats

Au 15 février 2017, vingt-sept ESMS sur cinquante ont répondu au questionnaire en ligne ; douze sur dix-huit pour les établissements sociaux.

Tableau 1 : taux de réponse au questionnaire

Etablissements	Effectifs sollicités	Répondants	Répondants (%)
Médico-sociaux	50	27	54
Sociaux	18	12	66

Au terme de la phase d'entretiens, le 22 mars 2017, six établissements ou services sociaux ont été interviewés. Du côté médico-social, seize entrevues ont eu lieu, représentant un total de vingt-quatre établissements⁴.

Les rencontres ont eu lieu avec des profils professionnels diversifiés : cadre de santé, adjoint de direction, directeur général d'association, psychologue, psychiatre, infirmier, travailleur social.

La durée des entretiens a varié de trente minutes à une heure.

2.4 Du traitement des données collectées et des limites

La présentation des données du questionnaire en ligne se décline en graphiques et encadrés synthétiques.

Pour traiter les données relatives aux entretiens, le parti pris a été de réaliser un traitement dit « ethnographique », illustré de verbatim de professionnels du secteur.

Il convient enfin de signaler les limites méthodologiques du présent rapport quant à sa représentativité.

Il n'a pas l'ambition de donner une image exhaustive des secteurs investigués. Il offre plutôt une image partielle bien que significative à de nombreux égards de l'accueil et de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans les secteurs du médico-social et du social.

⁴ Voir annexes pour les liste des établissements rencontrés

3. Accueil et accompagnements dans les établissements médico-sociaux

3.1 Les résultats du questionnaire en ligne

Au terme de la phase quantitative, vingt-sept ESMS ont répondu au questionnaire en ligne.

3.1.1 Les établissements et leurs publics : informations générales

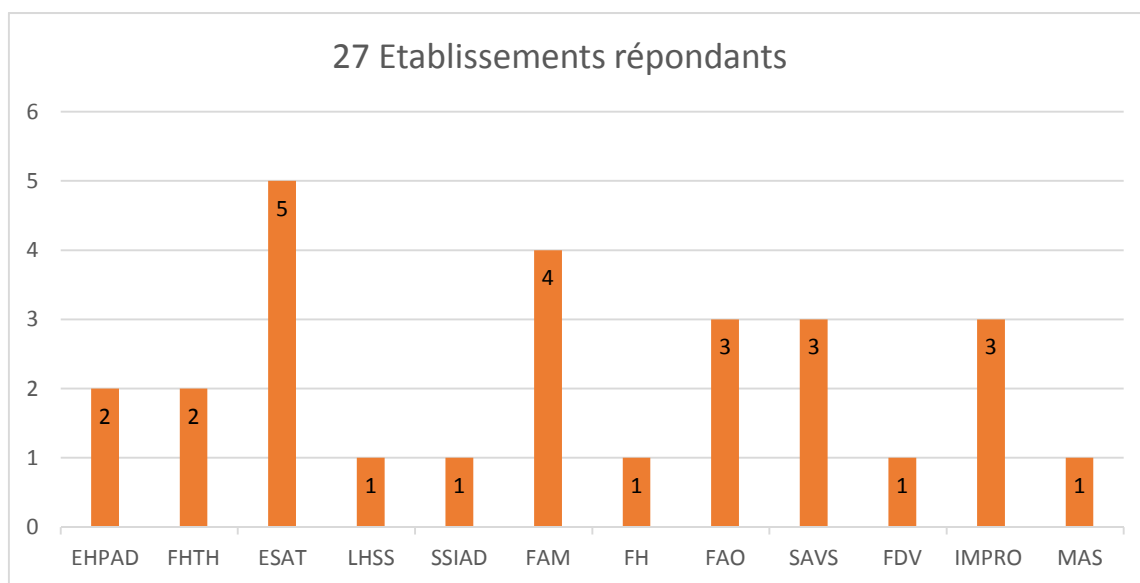
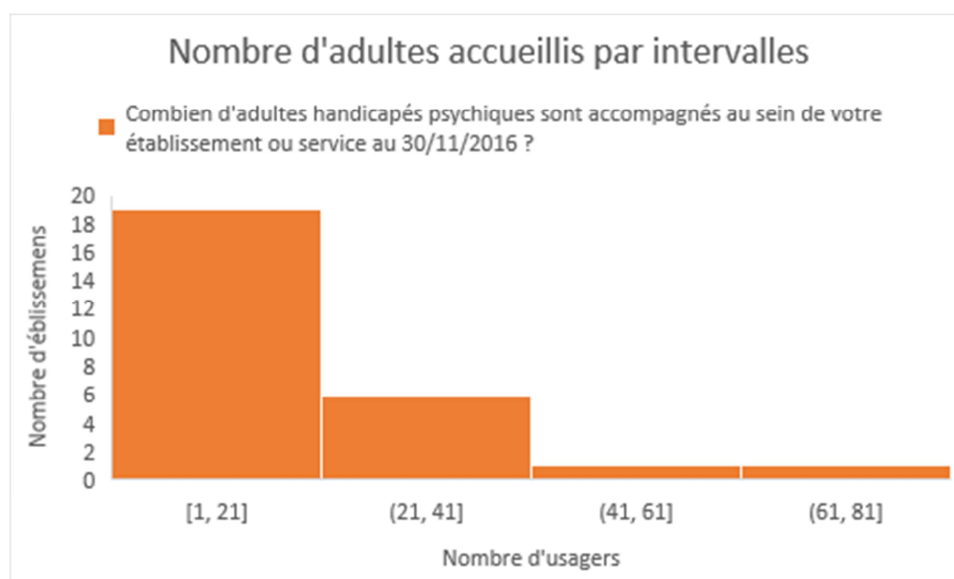


Figure 1: Types d'établissements médico-sociaux répondants

- La plupart des types de structures est représentée, même s'il manque notablement la réponse d'un SAMSAH.
- On peut considérer que le nombre de répondants est intéressant par rapport à la liste d'envoi (54% de répondants).

Nombres de personnes accueillies par établissement



- La majorité des établissements répondants (18 établissements sur 27) accueillent entre 1 et 21 adultes diagnostiqués.

3.1.2 Le type d'accompagnement

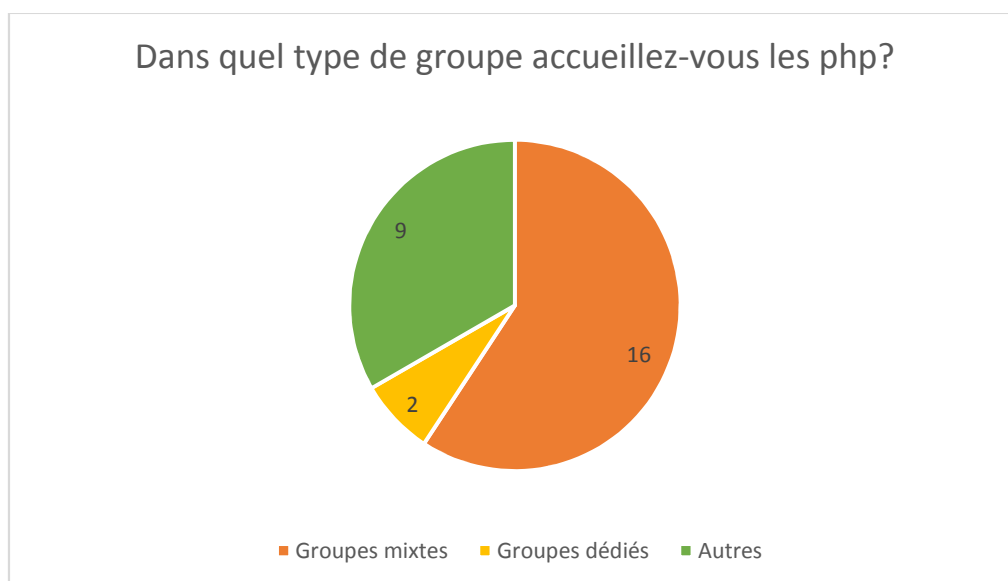


Figure 2 : type de groupes constitués

- La majorité des établissements (16 sur 27) accueille les PHPSY dans des groupes mixtes avec d'autres publics (type TSA, DI).
- La mise en place de groupes dédiés est minoritaire : 2 établissements sur 23 répondants.
- Les deux groupes dédiés se trouvent dans un EHPAD spécialisé dans l'accueil de personnes avec troubles psychiques de plus de 60 ans (60 usagers) et un FAM spécialisé handicap psychique (70 usagers)
- Même si le graphique ne le montre pas, il n'existe pas de corrélation entre le type de prise en charge et l'effectif d'usagers HPSY dans l'établissement. Un grand nombre de personnes handicapées psychiques accueilli n'implique pas forcément la création de groupes dédiés.

La catégorie « autres » (1/3 des réponses)

- « Prise en charge individuelle » (2 réponses)
- « Dans groupe dédié ou mixte selon les situations » (1 réponse)
- « Selon situation » (1 réponse)
- « Suivi CMP » (1 réponse en LHSS)
- « Personne < 60 ans en situation de handicap » (1 réponse SSIAD)
- « Ateliers, activités mises en place dans le cadre des PIA » (MAS)
- « Pas de groupe dédié » (1 réponse)

Motifs de la mise en place de ces groupes

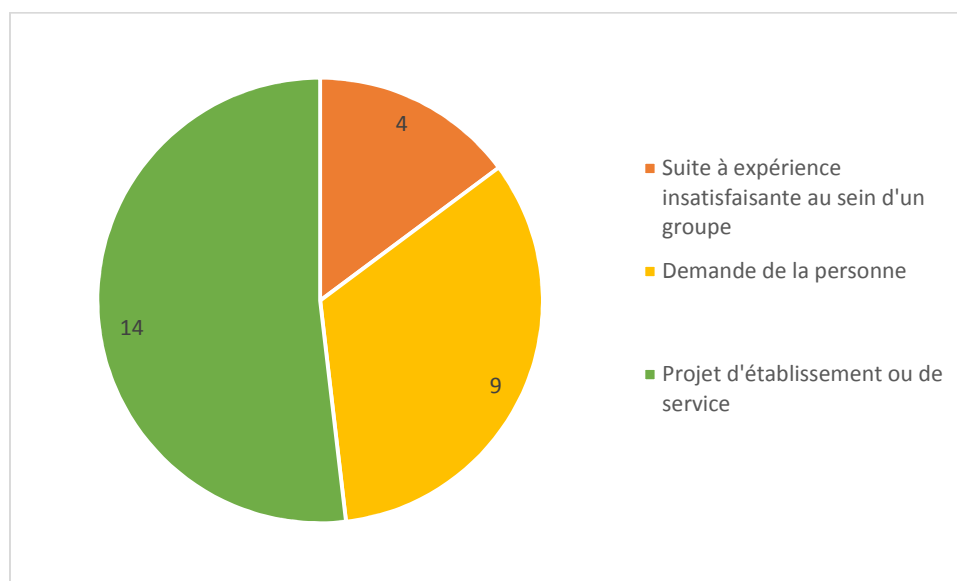


Figure 3 : Les motifs de mise en place des groupes mixtes

- La mise en place de l'accompagnement tient compte majoritairement du fonctionnement des établissements (14 établissements sur 27)
- Dans 1/3 des structures interrogées, le groupe est constitué suite à la demande de la personne accueillie.
- On peut noter que l'expérience « insatisfaisante » n'est que rarement mentionnée comme motif de mise en place de prise en charge spécialisée (4 réponses sur 27), sans doute parce que cette modalité n'est jamais mise en œuvre et/ou en raison d'effectifs modestes.

3.1.3 Les partenariats

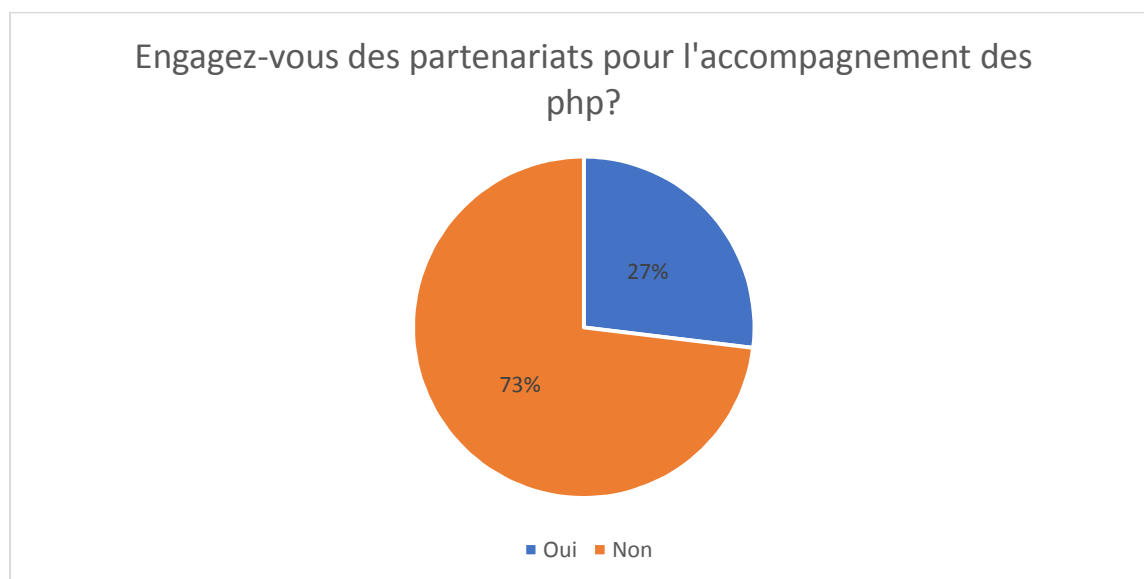


Figure 4 : mise en place des partenariats

- Près de trois établissements sur quatre n'engagent pas de partenariats spécifiques pour l'accueil des PHPSY

Liste des partenariats engagés

- « *Partenariat avec le CHGM et l'EPSMR* »
- « *Dispositif accompagnement insertion professionnelle avec l'association "Allons Deor"* »
- « *Activités sportives et culturelles, Suivis médicaux CMPP* »
- « *Mise en place d'un PASS (pôle d'activité et de soins spécifiques pour PA handicapés psychiques) au sein de l'EHPAD de Bois d'Olives équivalent du PASA pour les PA atteintes de maladie d'ALZHEIMER ou apparentés depuis le 1er janvier 2016 agréé à titre expérimental sous la conduite du géronto-psychiatre et de la psychologue. Les PA peuvent bénéficier d'activités occupationnelles socialisantes, activités qui constituent souvent une alternative au traitement médicamenteux devant les troubles du comportement.* »
- « *Mise en place de séjours de rupture avec la psychiatrie ou des structures d'accueil temporaire.* »

Deux types majeurs de partenariats développés :

- **Avec les pôles d'intervention psychiatrique pour suivi médical (4)**
- **Avec le milieu associatif pour l'insertion sociale (5)**

3.2 Les entretiens avec les ESMS

L'enquête auprès des établissements a montré des logiques « proches » qui répondent aux impératifs des lois de 2002 et 2005.⁵

Cependant, si cette logique de fonds commune existe, sa mise en place est hétérogène. L'arrivée du public handicapé psychique implique *de facto* des adaptations dans l'accompagnement : la mise en place de stratégies d'accueil, la création de dispositifs innovants et de partenariats particuliers. Dans la mise en place de ce mouvement de fonds, il existe néanmoins de grandes disparités selon les types d'établissements, leurs positionnements géographiques et les liens qu'ils ont pu établir avec les partenaires présents pour accompagner l'utilisateur dans son parcours de vie.

⁵ Loi de 2002-2, 2005-32, ces lois consacrent la reconnaissance du handicap psychique et l'impératif de la mise en place d'un projet individualisé de la personne handicapée.

3.2.1 L'accueil

L'enquête auprès des EMS interviewés⁶ a révélé une **logique d'accueil commune** pour les personnes orientées par la MDPH. Cette logique consiste en la réalisation à minima de :

- Un **diagnostic** réalisé en **interne** de la situation de l'utilisateur s'appuyant sur les informations disponibles⁷. Ces informations sont hétérogènes selon le secteur géographique et le type d'EMS.
- Une **période d'observation** et d'échange entre l'utilisateur et l'équipe pluridisciplinaire au cours de laquelle les deux parties apprécient la situation.

Si ces deux étapes semblent incontournables, leur mise en œuvre varie⁸. La fluctuation des **procédures** d'accueil est d'abord **fonction du plateau technique** disponible de l'EMS concerné ; ensuite du positionnement de l'EMS dans le parcours de soin de l'utilisateur. Trois catégories d'EMS émergent :

- **Les EMS à support médical et paramédical interne** : EHPAD, FAM, IMPRO dont les étayages sont supportés par des équipes pluridisciplinaires qui entretiennent généralement des liens réguliers avec le secteur sanitaire.
- **Les EMS à vocation éducative** : FAO, SAVS, services d'hébergements, avec généralement moins d'étayage sur le volet soins.
- **Les ESAT** : équipes pluridisciplinaires fournies, avec étayage sur la situation psychique de la personne mis en place avec le psychologue de la structure.

A. Les étapes incontournables de l'accueil

1. L'évaluation de la situation de la personne

En établissements à support médical et paramédical interne

Dans les établissements interrogés, une procédure d'évaluation interne s'opère dès le début de la procédure d'admission de l'utilisateur :

« Les capacités motrices, cognitives et sociales sont évaluées par une commission pluridisciplinaire. Cette commission d'admission est composée entre autres d'un médecin généraliste, d'un psychiatre, de cadres de proximité, du directeur adjoint, d'ASS et d'infirmières. » (FAM)

« Les patients arrivent avec une fiche de liaison succincte. Nous évaluons leur situation avec l'équipe médicale. Nous apprécions leurs demandes et la solidité du système familial. » (EHPAD)

⁶ Cf. tableau des établissements

⁷ Rapport d'expertise MDPH, échange avec les équipes des établissements précédents, échange avec la famille...

⁸ Le diagnostic peut être concomitant à la période d'observation tout comme celui-ci peut intervenir avant cette dernière.

L'évaluation interne de la personne accueillie apporte une expertise claire à l'instant où la personne est contactée. Elle permet d'évaluer et d'appréhender les attentes et les demandes de l'usager.

Dans les établissements médicalisés, l'appréciation interne de la situation est chapeautée par les médecins de l'institution.

En établissements à vocation éducative

L'étayage des situations est variable selon les établissements non-médicalisés.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) se situent dans une optique généraliste de l'accompagnement et abordent volontairement la situation de la personne en dehors du cadre de sa maladie.

« Notre accueil est généraliste car rares sont les usagers qui nous parlent de leur handicap. » (SAVS)

Certains établissements font intervenir les ressources du pôle dont ils font partie pour l'étayage de la situation de la personne accueillie. Il en va particulièrement pour les expertises psychologiques des personnes accueillies.⁹

Pour ces établissements, l'évaluation interne dépend également du milieu d'origine de la personne.

L'expérience d'un informateur

Selon un interlocuteur, les personnes orientées en FAO bénéficient le plus souvent d'un soutien familial autour d'elles qui peut donner dès lors des informations complémentaires sur leur état. Au contraire, les orientations des personnes orientées en FV ou en FH ont la réputation de résulter d'un défaut ou d'une mise en défaut de l'entourage proche de celles-ci.

En ESAT

L'évaluation interne des ESAT rencontrés se veut **encore plus complète**. Il s'agit pour les responsables d'ESAT de **s'assurer des capacités** professionnelles de l'usager mais également d'**évaluer** le plus clairement possible la **potentialité des risques** liés à son état psychique.

Leur démarche est de **créer une carte d'identité** de l'usager autour d'un maximum d'indicateurs objectifs sur son état. Le diagnostic s'appuie sur le rapport envoyé par la MDPH autant que sur les différents rapports disponibles auprès des partenaires du sanitaire suivant la personne (CMP, psychiatres libéraux etc...).

⁹ A noter que le rôle du psychologue dans les procédures d'accueil est apprécié : c'est souvent à lui que revient la tâche de faire le lien avec les partenaires antérieurs de l'usager.

2. La période d'observation

En établissements à support médical et paramédical interne

Les usagers sont soumis à des **phases d'observation variables**, d'une seule journée à trois mois selon la politique de l'établissement en la matière.

Ce temps d'évaluation et d'observation permet à la personne d'exprimer ses besoins et sa vision de l'avenir. Il donne aussi l'occasion d'apprécier la solidité du système autour de l'individu : a-t-il de la famille ? La voit-il ? Quel est son lien avec sa maladie ? L'accepte-t-il ? Quel est son lien avec la psychiatrie ?

Il peut arriver que ces phases d'observation ne soient pas concluantes et que l'EMS ne donne pas de suite favorable à l'accueil de l'utilisateur car en inadéquation avec le projet de l'établissement ou les services proposés.

En établissements à vocation éducative

Pour ces établissements, les périodes d'observation sont **généralement moins longues**. Ceci s'explique par le fait que la plupart de ces établissements ou services sont des dispositifs de « support »¹⁰ dans le parcours de rétablissement de la personne.

Par exemple, FHTH et ESAT de la même association gestionnaire respectent le même temps d'observation lorsque ceux-ci accueillent de concert un usager.

Quant à eux, les SAVS pratiquent des périodes d'observation courtes de l'état général de l'utilisateur dont le but est de déterminer si l'accompagnement est bel et bien possible.

En ESAT

Dans les ESAT, au-delà du premier diagnostic, les professionnels insistent sur l'importance de **l'appréciation des potentiels** moteur et intellectuel de la personne. Il s'agit également d'**apprécier** son rapport au **traitement médicamenteux** auquel elle est soumise.¹¹ Seule une période d'observation de **plusieurs mois** permet de juger correctement de la situation. Un pôle d'insertion ESAT a fait part d'une procédure d'observation de 6 mois avant l'intégration formelle à l'établissement.

Il arrive que ces temps d'observation se soldent par des échecs. C'est particulièrement le cas des personnes n'ayant plus exercé d'activité pendant des années. Ils se retrouvent au travail et n'ont pas ou plus la capacité de gérer ce changement de « paradigme » dans leur existence.

¹⁰ Il en va ainsi pour les FAO, les SAVS et dans une moindre mesure, les FH. Le temps d'observation consiste à assurer que les partenaires autour de l'utilisateur sont bel et bien présents et actifs.

¹¹ Est-elle en mesure de travailler sous traitement ?

B. Les phases d'accueil

Tableau 2 : typologie des phases d'accueil

Etablissement	Equipe	Phase d'étayage	Période d'observation	Partenariats
Avec support médical et paramédical interne (IMPRO, FAM, EPHAD)	Médicale-Paramédicale-Socio-éducative,	Variable, expertise interne	Variable selon la politique d'établissement (1 jour à 3 mois)	Conventionnements avec le sanitaire
A vocation éducative (FAO, SAVS, FH, FHTH, FV)	Socio-éducative	Variable, peu systématisée. Plus importante si logique de pôle	Plutôt courte (1 jour à 1 semaine)	peu de conventionnements ; suivis individualisés, suivis extérieurs
ESAT	Educative-Socio-éducative-intervention paramédicale ponctuelle	Variable, expertise interne ; compensée par période d'observation longue	Longue (>3mois)	Conventionnements avec psychiatrie ; passage par médecine du travail

C. Des initiatives locales pour rationaliser l'accueil

L'attente liée au nombre de place disponible dans les différentes institutions constitue un réel enjeu¹². La CDAPH¹³ délivre une notification d'orientation vers un type d'établissement. Hormis situation d'urgence décrétée par cette même commission, la personne en situation de handicap devra ensuite s'inscrire aux longues listes d'attente des établissements correspondants.

¹² SAVS : de 6 mois à plus de 1 an ; FH : entre 2 et 3 ans ; FAO : jusqu'à 5 ans ; FAM : jusqu'à 10 ans ; ESAT : plusieurs années

¹³ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, organisme de la MDPH, se prononce sur les orientations des personnes handicapées vers les établissements médico-sociaux.

Voici deux exemples d'établissements ayant pris des initiatives pour gérer de manière plus efficiente ces listes.

Prédiagnostic et mutualisation des listes

Un pôle donne la possibilité aux potentiels usagers de formuler des demandes avant même la délivrance de la notification de la MDPH :

« Toute demande formulée, quel que soit le formulant (MDPH, famille ou usager lui-même) est prise en compte et inscrite sur une liste d'attente interne. Sauf urgence sociale évaluée, la liste est traitée de manière chronologique. » (Pôle intervention)

Cette liste d'attente interne permet au pôle de pré évaluer la personne en situation de demande avant même qu'il ne reçoive sa notification d'orientation de la CDAPH :

« Rapidement, dans les mois qui suivent, la personne est reçue et commence l'évaluation de sa situation, pour pouvoir élaborer les premières propositions (toujours communes à tous les usagers), en lien avec ses capacités. »

Le pôle réalise un travail de relais en amont de l'entrée de la personne :

« Pendant ce temps d'attente, le pôle reste disponible pour relayer des besoins et/ou répondre à des situations d'urgence. On devient interlocuteur identifié ; relayeur vers d'autres services au besoin même si l'accompagnement n'a pas encore commencé. Jusqu'ici, la notification n'est pas indispensable. »

Cela permet dès lors au pôle de proposer à la personne présente sur sa liste d'attente interne un projet d'accompagnement le plus adapté possible à sa situation :

« A la veille de la libération d'une place, la personne est recontactée : la notification doit être à jour auprès de la MDPH. Dans le contrat de séjour, étape de prise de contact, d'évaluation des besoins, de recueil des attentes (quelle que soit la personne). »

Au-delà de ce « pré-diagnostic », le pôle a également pris l'initiative de mutualiser avec tous les ESMS de la même association gestionnaire l'ensemble des demandes d'inscription dans une seule et même liste d'attente afin d'éviter les doublons fréquents.

Des stages conventionnés entre CMP et ESAT

Un pôle insertion composé d'établissements du type ESAT accueillent régulièrement des stagiaires envoyés par des CMP partenaires. Il s'agit pour les usagers de découvrir pour de petites périodes les activités proposées par l'entreprise à la fois adaptées à leurs capacités et susceptibles de les intéresser. C'est aussi l'occasion pour les équipes socio-éducatives d'appréhender le profil du stagiaire et d'émettre un avis sur sa potentielle adaptation.

Quel que soit le pôle qui le met en place, **ces stratégies de pré accueil** répondent aux besoins des établissements de **rationaliser l'accueil** des personnes en situation de handicap en sélectionnant **les profils les plus adaptés** aux projets de pôle.

Mais n'est-ce pas aussi une « sélection » avec le **risque de ne pas prendre les plus fragiles ?**

3.2.2 L'accompagnement

L'accompagnement dans tous les établissements rencontrés¹⁴ répond à une **logique de rétablissement psychosocial** de la personne à travers la réalisation d'**activités socialisantes** à la mesure de ses capacités intellectuelles et motrices **correspondant à ses attentes** telles que formulées dans son **projet d'accueil personnalisé**. La personne n'est pas définie par sa maladie. Autant se faire se peut, son projet est fait « sur-mesure ».

Cette logique d'inclusion sociale appelle à ce que l'accompagnement des personnes se fasse en groupes mixtes, qu'importe le handicap. L'accompagnement en **groupes dédiés** est perçu comme clivant, voire **ségrégant**. Au contraire, l'accompagnement en **groupes mixtes** est vu comme une source de **dynamisme** dans les groupes.¹⁵

A l'instar de l'accueil, le parti pris a été de diviser les établissements en trois catégories. En effet, si la logique d'accompagnement est la même, les publics de ces établissements sont différents et les enjeux liés à leur suivi divergent.

Etablissements à support médical et paramédical interne

L'accompagnement des usagers en établissements médico-sociaux avec personnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs cherche à stabiliser la personne grâce à un panel d'outils pluridisciplinaires.

Pour ce faire, au-delà de l'accompagnement médical et médicamenteux, des accompagnements « à la carte » sont proposés, reposant sur des activités socialisantes et des sorties ponctuelles, suivant le degré d'autonomie de l'utilisateur.

Etablissements à vocation éducative

En foyer de vie ou en FAO, l'enjeu de l'accompagnement s'articule autour de la ré-acquisition de capacités sociales et motrices. Le même principe s'applique pour les SAVS dans une logique ambulatoire.

L'objectif principal est d'assurer un rétablissement psychosocial, ou à minima un suivi qui évitera l'involution de la ou des pathologies de la personne et sa possible hospitalisation

¹⁴ A l'exception d'un FAM où le type de handicap définit les groupes de prise en charge.

¹⁵ Seul un exemple vient infirmer en ce qui concerne l'accompagnement d'utilisateurs en aménagements CRETON en IMPRO, où TSA et TPSY lourds dans un même groupe ont suscité des difficultés graves qui ont mené à sa dissolution.

En ESAT

Pour les ESAT, l'accompagnement est censé être « **minimaliste** ». C'est l'activité professionnelle dans son essence qui répond à la logique de rétablissement psycho-social en faisant intervenir les capacités motrices, intellectuelles et sociales des usagers dans des environnements similaires à ceux du droit commun. La nature des pathologies psychiques s'oppose aux logiques d'accompagnement communément admises dans les ESAT historiquement orientées vers les personnes déficientes intellectuelles.

La perception de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques en ESAT

L'accompagnement des personnes handicapées psychique est perçu comme **chronophage** car il nécessite de nombreux temps de focalisation, de partage et de remise en question permanente. Les modalités d'accompagnement sont redéfinies car les personnes « psy » semblent potentiellement « plus instables » que d'autres publics, à l'instar des déficients intellectuels.

Dès lors, l'accompagnement est vécu comme **insécurisant** car tous les paramètres du comportement de l'utilisateur ne sont pas perçus par l'équipe encadrante comme étant dans leurs mains.

Conséquemment, l'accueil et l'accompagnement relèvent de procédures d'objectivation rigoureuse des profils des personnes accueillies.

Contradictoirement, les PHP présentent souvent des capacités au travail supérieures aux personnes souffrant d'autres problématiques (motrice ou déficience intellectuelle).

A. L'accompagnement :

Tableau 3 : tableau récapitulatif des accompagnements

Etablissements	Types de groupes	Partenariats associatifs	Enjeux	Réorientations
Accueil avec support médical et paramédical interne	Mixtes	Nombreux	Maintien dans le MS	Vers EHPAD sauf exceptions
Accueil à vocation éducative	Mixtes	Nombreux	Ré-autonomisation	Variable : vers milieu moins protégé ou plus protégé
ESAT	Mixtes	occasionnels	Réinsertion	Vers le milieu ordinaire

B. Outils créés pour l'accompagnement des personnes accompagnées

En établissements à support médical et paramédical interne et à vocation éducative

- La psychothérapie institutionnelle

« Nous travaillons sur le parcours des personnes. On a recours à la psychothérapie institutionnelle... aux mots quel qu'ils soient, même dans le délire, dans ce qui relève de la subjectivation de l'accompagnement. »

- Des expérimentations de vie citoyenne

« Un dispositif a été mis en place pour renforcer l'équipe en termes d'analyse des pratiques, en termes de groupe de parole pour les personnes accompagnées en internat, animé par des intervenants extérieurs aux établissements, libérant la parole du coup. De la même façon, l'usager peut se plaindre de l'accompagnement. »

« Sur logique expérimentale : souci de la démocratie sociale. La vie des établissements est régie par des orientations dans le cadre d'un conseil de la vie sociale. On va plus loin : sont associés les personnes accompagnées aux modalités de leurs accompagnements (aménagement mobilier, investissement, organisationnel, instance de type collectif ou une tête = une voix ; ou chacun est force de proposition (cuisinier directeur résident). L'idée étant que le sujet quel qu'il soit dans le système est un acteur identifié du dispositif. »

- Le non-refus de la complexité

« Cette mixité dans les groupes du quotidien est source de complexité. Mais le choix est fait. Sur certaines activités, on accompagne par binôme d'accompagnants ; ça c'est le boulot de l'accompagnement qui doit anticiper les difficultés et aménagements. C'est à cette souplesse constante que le pôle se contraint. »

« Nos usagers ne sont pas contraints à participer à nos activités conventionnées si leur situation ne leur permet pas. »

- Travail de SAVS : le souci de la continuité dans l'inclusion

« Le souci du SAVS est de réaliser un travail de cartographie par micro territoire de l'offre de service disponible au sens large du terme (médecin, pharmacien, associations de quartier, commerces...). On expertise les territoires au plus près des résidences de nos usagers pour répondre à la question cruciale : après les 4ans de SAVS, que fait-on ? »

En ESAT

Les réponses apportées dans la prise en charge du public HP vont dans le sens de la réduction du stress ou au moins du contrôle de ce stress.

Un travail sur l'environnement, sur la posture du professionnel face à la personne souffrant de troubles psychiques est engagé par les ESAT.

Tous les personnels ont des outils de repérage de changement dans les habitudes de l'usager. Ces changements sont des indicateurs potentiels d'involution de la pathologie. En se basant sur la carte d'identité faite à l'entrée, si un changement est constaté, la focale est mise sur lui :

« La prévention s'apparente au repérage des facteurs de stress pour l'usager. »

« Tout le personnel est sensibilisé à la prévention de la décompensation. Une partie du personnel est même formée par le biais de l'UNIFAF, suivant des outils mis en place et validés par l'OMS. »

Au même titre que le diagnostic interne, une série d'adaptations pratiques sont mises en place en même temps qu'un maximum d'outils de rationalisation des signes annonciateurs d'involution

- Des temps de focalisation sur des périodes jugées à risques :

« Nous avons développé un temps d'observation spécifique le lundi matin, au petit-déjeuner, afin d'échanger avec nos usagers et d'observer tout comportement inhabituel »

- Des temps réflexifs après les décompensations¹⁶ :

« Suite à cas de décompensation, l'équipe se rassemble sur un temps afin de remplir et analyser une grille d'analyse de pratiques. Rétrospectivement, il s'agit de voir où le problème a pu émerger et ce qui a été « raté » ou pas. Car la décompensation est parfois liée à des problématiques qui dépassent le cadre de la maîtrise du personnel (effets secondaires liés aux traitements médicamenteux, prise de stupéfiants... etc.) »

¹⁶ La décompensation correspond au temps de dégradation de l'état de l'usager. C'est lors de ce temps que les symptômes de la maladie psychique de l'usager peuvent devenir visibles et mener la personne à la crise, moment critique de la décompensation.

C. Outils créés :

Tableau 4 : tableau récapitulatif des outils créés

Etablissements	Pour la personne	Pratiques professionnelles	Pour le personnel
Accueil avec support médical et paramédical interne	Assouplissements règles établissement	Temps avec psychologue et psychiatre pour améliorer prise en charge & suivi post crise	Soutien psychologique
Accueil à vocation éducative	Assouplissements règles établissement	Pas de pratiques identifiées	Aide ponctuelle de l'équipe mobile de soins en psychiatrie
ESAT	Temps d'autonomie pour prise de médicaments ; temps partiels	Fiche de suivi & reporting réguliers & Groupes d'analyse de pratiques	Formations de type court

3.2.3 Travail partenarial avec le secteur sanitaire

Tous les EMS rencontrés entretiennent des liens avec les acteurs du secteur sanitaire. Ces liens sont de différentes natures. La qualité de ceux-ci dépend :

- Du type d'établissement : les ESMS médicalisés entretiennent de fait des relations satisfaisantes avec leurs partenaires sanitaires. Les ESMS non-médicalisés ont moins de liens réguliers, ce qu'ils regrettent. Les contacts ont lieu majoritairement lors des périodes dites « d'involution » de la pathologie de la personne.
- Fréquemment, de la volonté des professionnels de chaque parti.
- Le positionnement de l'EMS autant dans le parcours de l'utilisateur que dans son positionnement géographique n'est pas à négliger.

A. Conventionnements entre le secteur sanitaire et des ESMS

Les établissements accueillant des cas « psy » ont conventionné des partenariats avec les CMP et les hôpitaux.

« Une convention a été passée avec l'hôpital afin de formaliser des plages de rendez-vous avec le CMP pour un suivi régulier des usagers. » (ESAT)

« Nous avons une convention avec l'EPSMR. Elle nous met à disposition de praticiens hospitaliers dans nos établissements. Des psychiatres sont à 20% de leur temps chez nous. » (FAM)

Ces conventionnements permettent aux deux parties d'échanger sur la personne prise en charge sur une base régulière :

« En consultation au CMP, l'usager est accompagné d'un personnel socio-éducatif avec lequel le psychiatre peut échanger au besoin. »

Toutefois, il convient de faire vivre ces partenariats concrètement lorsque les situations problématiques telles que les décompensations surviennent :

« Il est rare que les personnes décompensent autant à l'ESAT qu'aux FAO ou durant des prestations du SAVS. Le phénomène de décompensation s'étale sur la durée. Dans ce cas, le personnel référent informe l'équipe pluridisciplinaire. Le psychologue et le psychiatre de l'établissement sont mobilisés. Le CMP est informé de l'instabilité de l'usager. »

Les limites de ces conventionnements sont atteintes pour les établissements « non-médicalisés » lorsque les personnes entrent dans des phases de dégradation de leur maladie.

B. Des établissements à plusieurs vitesses

Pour certaines structures, ces conventionnements n'existent pas. De petites structures médico-sociales, à agrément non-spécifique aux PHP, sont confrontées à un manque de coordination avec le secteur sanitaire. Faute de réponse satisfaisante¹⁷, elles se désengagent parfois du suivi psychiatrique habituel et vont à la recherche de nouveaux partenaires tels que des psychiatres et/ou psychologues libéraux.

Dans le cas d'un SAVS, les problèmes de disponibilité de plage de rendez-vous avec le CMP ont été contournés par l'appel à d'autres partenaires :

« Nous avons trouvé un psychiatre libéral prêt à suivre une personne plus régulièrement. Pour une autre, nous avons eu recours à une psychologue libérale. La psychothérapie a marché »

La différence de plateau technique selon établissements et associations, ainsi que la méconnaissance du secteur médico-social jouent également en la défaveur de certains services :

« Nous avons l'impression que lorsque le CMP sait que nous suivons l'usager, ils se désengagent. On est confronté à la méconnaissance du secteur médico-social. Le sanitaire pense qu'avec l'étiquette médico-sociale, on gère tout en interne. Or, nous n'avons pas de personnel

¹⁷ Une cheffe de service d'un SAVS s'était entendue répondre que la prise en charge du CMP ne serait pas mise en place avant que la personne n'entre en crise, point culminant du processus de décompensation.

paramédical ; nous devons développer des partenariats avec le sanitaire (...). Le succès de ceux-ci reposent sur les affinités entre personnes »

Il existe aussi des demandes de prise en charge psychiatrique spécifique parfois ignorées :

« Il faut attendre la crise pour être entendu » (Exemple d'un suivi SAVS unique demandant l'appui d'un CMP pour une hospitalisation)

« Un usager d'ESAT, qui décompense chez lui, refuse de voir qui que ce soit. Le CMP est mis au courant, la gendarmerie également. Pour autant, aucune intervention n'a lieu pendant presque deux mois ; car ce monsieur ne pose pas d'acte grave... la finalité : il est transféré aux urgences avec 20 kilos de moins. »

Ces services sont confrontés au manque de structures de prise en charge intermédiaire et sont contraints de voir les usagers décliner dans la maladie faute de soutien adapté et de partenariats engagés. Les raisons évoquées de ces échecs sont diverses :

- Turn-over des interlocuteurs du sanitaire
- Manque de moyens techniques
- Manque de légitimité des professionnels du secteur médico-social sur le suivi psychiatrique de l'usager...

C. Des stratégies de communication

Dès lors que les liens avec le secteur sanitaire sont parfois perçus comme incertains par les **ESMS**, ceux-ci mettent en place sans pour autant que cela soit formellement formulé de la sorte des **stratégies de communication** avec le secteur sanitaire afin d'être plus entendus.

- Des **ESAT** se sont tournés vers la **médecine du travail** pour mettre en place non seulement une architecture de travail adaptée aux besoins de leurs usagers PHP mais également un système de « **reporting** » **régulier** de leurs situations au quotidien. En cas de problème, ils délèguent ainsi le rôle d'avertisseur au médecin du travail qui fera lui-même le relais avec le CMP.
- Pour le « **reporting** », certains établissements s'adressent en priorité au **médecin traitant** qui transmettra dès lors les informations au CMP.

Ces stratégies de communication différenciées voire de contournements révèlent l'importance de la bonne volonté des parties dans leur communication ; où le réseau que l'établissement a pu tisser va être primordial pour la qualité des échanges.

D. Le séquençage de l'accompagnement

Deux types de séquençage de l'accompagnement existent :

- Le séquençage lié à une double notification d'orientation de la MDPH. Par exemple, l'utilisateur est suivi en structure d'hébergement et en ESAT. Le suivi socio-éducatif est « doublé ». Dans un même pôle d'intervention, il s'agit d'un atout pour l'accompagnement de l'utilisateur.
- Pour des cas plus problématiques, des usagers peuvent être accompagnés par exemple en structure médico-sociale trois jours par semaine (type FAM) et en structure sanitaire deux jours par semaine (type hôpital de jour). Toutefois, dans les entretiens réalisés, ces exemples de séquençages répondaient systématiquement à des situations difficiles. Avec la réorientation vers un autre établissement, le séquençage est l'une des solutions envisagées par l'ESMS. On parle ici de séjour de « répit », à la fois pour l'utilisateur¹⁸ mais également pour les professionnels.¹⁹

E. Travail partenarial

Tableau 5 : tableau récapitulatif des formes de partenariats

Etablissements	Partenariats	Formes des partenariats	Gestion de la crise
Encadrement avec support médical et paramédical interne	Formels CMP hôpitaux	Echanges de professionnels	Conventionnements, séquençage de l'accompagnement
Encadrement à vocation éducative	Informels	Réunion avec psychologues	Urgences généralistes ou non-confrontés
ESAT	Formels CMP & médecine du travail	Infirmiers libéraux	Urgence généraliste ou non-confrontés

3.2.4 Les réorientations

Pour les établissements rencontrés, elles découlent majoritairement de situations problématiques, liées souvent à une phase décompensatoire antérieure.

Exemple de l'utilisateur d'un ESAT :

« Un usager ne venait plus à l'ESAT. Il avait des délires de persécution, reclus chez lui. Problème : tant qu'il ne portait pas atteinte à l'ordre public, aucune action ne pouvait être envisagée. Hospitalisé deux mois après le début de ses troubles, l'utilisateur a fait l'objet d'une demande à la MDPH pour une réorientation en dehors de l'ESAT. La MDPH y a répondu favorablement. Pour autant, l'ESAT n'a pas eu de mot à dire sur la nature de la réorientation. »

¹⁸ Pour des cas particuliers, il est arrivé que le psychiatre traitant déclare que l'établissement était devenu « pathogène » pour l'utilisateur.

¹⁹ A noter que la réunion du groupe C6 en date du 07 avril 2017 a permis de pointer le fait que les séquençages ne répondent pas uniquement de situations problématiques et donnent souvent satisfaction.

Elles vont rarement dans le sens d'une évolution même si des cas existent.

« Il existe des exemples de parcours surprenant : une dame avec un suivi FAM, puis en FH/FAO pour enfin être accompagnée dans un logement particulier avec un suivi SAVS. Donc, ça existe ! Et on fait en sorte que cela soit possible. »

Les processus de réorientations sont propices aux ruptures de parcours dues aux longues attentes avant admission.

3.2.5 Synthèse

En ce qui concerne les établissements interrogés, les logiques d'accueil et d'accompagnement convergent : il s'agit d'inclure les personnes handicapées psychiques dans un environnement le plus ouvert possible.

Les moyens pour mettre en place ces logiques sont hétérogènes. Si elles appellent à une adaptation des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, concrètement, ces ajustements de pratiques professionnelles sont vécus différemment selon les établissements ou services.

La qualité des liens avec les partenaires de la psychiatrie dépend du type de la structure, de son positionnement géographique ainsi que de la dynamique de réseautage de celle-ci.

Le travail en pôle permet une mutualisation des moyens spécifiques internes aux établissements. Il permet également d'envisager le principe de la double notification qui assure un suivi plus fluide.

Le séquençage de l'accompagnement entre secteurs médico-social et sanitaire existe. Même s'il donne satisfaction, il relève avant tout de situations problématiques.

Les réorientations vers des structures après évolution des cas existent et sont valorisés. Ils ne constituent pas la majorité. La réorientation relève d'une inadaptation de la personne à l'accompagnement proposé.

Atouts	Faiblesses
- Etayage interne des situations - Adaptations pratiques à la situation de la personne - Logique de rétablissement psychosocial en groupe mixte	- Manque de formation sur les personnes en situation de handicap psychique - Potentiellement générateur de crise - Logique de soins unique (médicamenteuse) -> Rupture de parcours - Notification simple en structure non-médicalisée
Opportunités	Menaces
- Partenariats formalisés et réguliers - Volonté d'assouplissement du système de notification double - Séquençage de l'accompagnement	- Lenteur des procédures - Partenariats minimaux ou inexistant - Décisions unilatérales du secteur sanitaire - Qualité/pérennité du service public ? - Inégalité des réponses sur le territoire aux personnes

4. Accueil et accompagnement dans les établissements sociaux

4.1 Les résultats du questionnaire en ligne

4.1.1 Etablissements et leurs publics : informations générales

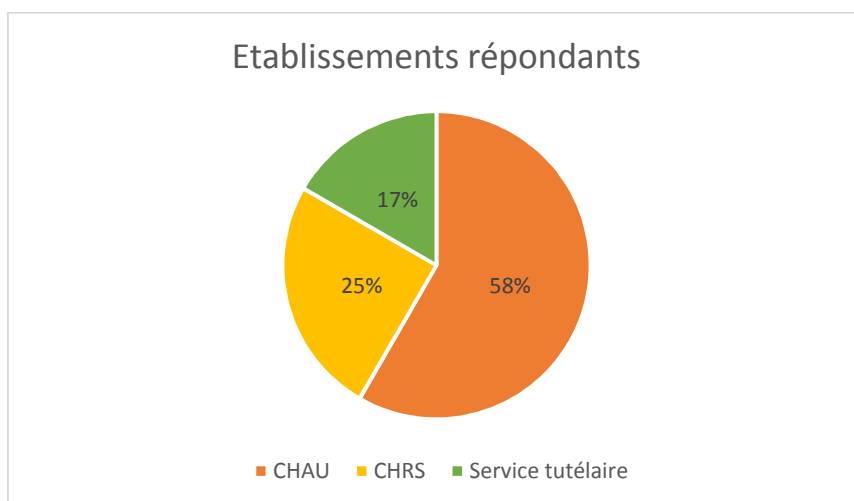


Figure 5: types d'établissements sociaux répondants

- 2 services tutélaire, 7 Centre d'hébergement et d'accueil d'urgence (CHAU) et 3 centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont répondu au questionnaire en ligne.

4.1.2 Les types de prise en charge :

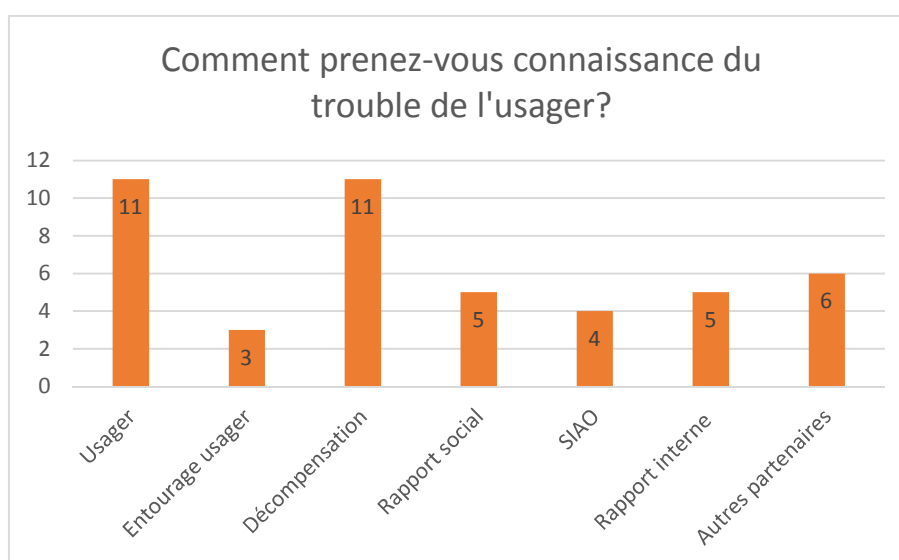


Figure 6 : types de prises de connaissance des troubles psychiques

- La prise de connaissance est souvent multiple (plusieurs réponses cochées).
- Le passage par la décompensation est mentionné par 11 répondants sur 12 même si l'on ne peut savoir si chaque usager passe à l'acte. La prévalence de cette réponse montre sans doute la crainte des personnels vis-à-vis du phénomène et de ses conséquences.
- La catégorie « autre partenaire » n'est pas précisée.

4.1.3 Part d'utilisateurs souffrant de troubles psychiques

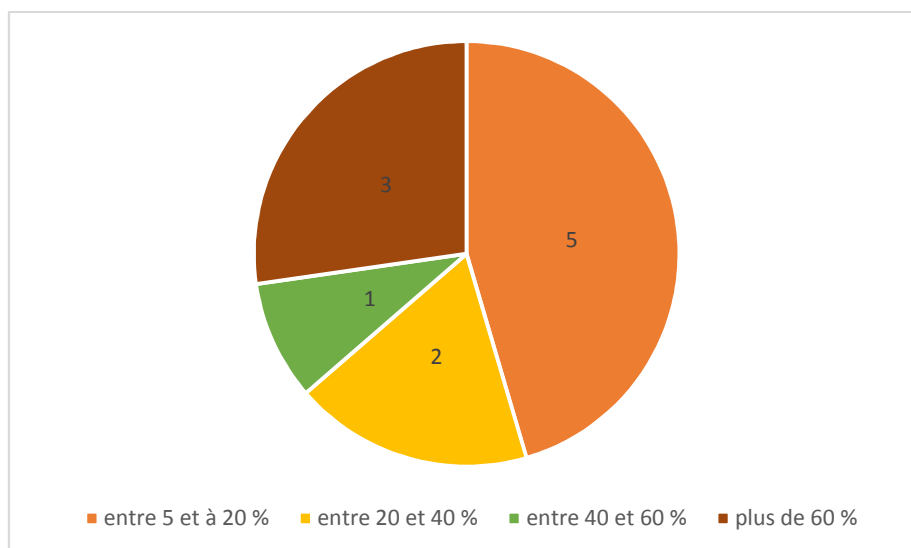


Figure 7 : Pourcentage estimé d'utilisateurs souffrant de troubles psychiques

- Cinq répondants estiment un pourcentage compris entre 5 et 20%.
- Trois répondants déclarent plus de 40% d'utilisateurs avec troubles psychiques. [Ce chiffre est à mettre également en rapport avec l'estimation de la population souffrant de TPsy de 3 à 5% à l'échelle nationale (rapport de presse UNAFAM 2013)]
- Un établissement n'a pas répondu à cette question.
- Ce résultat pose la question de « l'effet regard » dans les établissements sociaux (Lotte et Seraphin, « *Le handicap psychique, un concept ?* », *Revue Ethnologie française*, 2009/3 Vol.39). Dans cet article, les auteurs montrent que les travailleurs sociaux ont tendance à surestimer les troubles dont sont affectés les usagers handicapés psychiques qu'ils côtoient.

4.1.4 Partenaires médicaux des ES

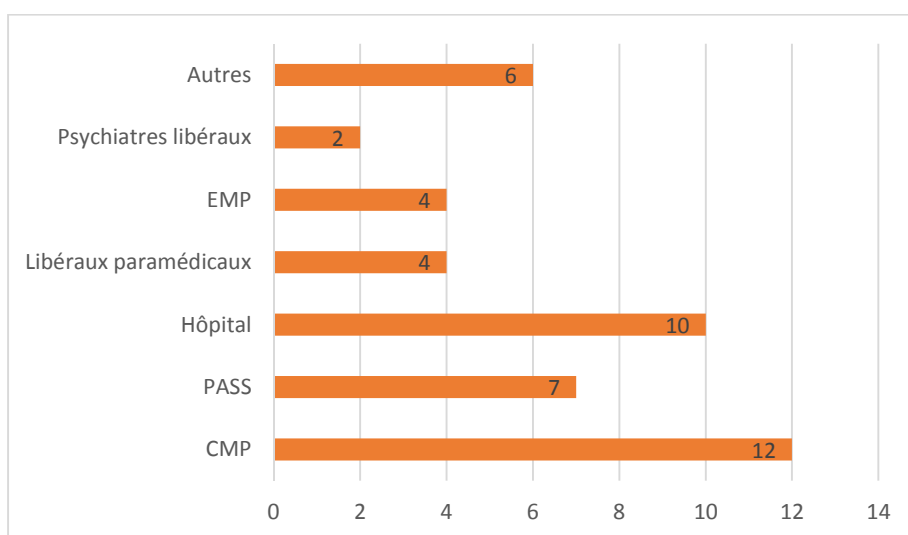


Figure 8 : Partenaires médicaux des ES

- L'outil CMP est privilégié, à l'instar de l'hôpital.
- L'utilisation du PASS n'est pas à négliger.
- De manière générale, les ES mobilisent plusieurs partenaires.

4.1.5 Les partenariats

A. Les facteurs de réussite

Les propos ci-après montrent la diversité des facteurs de réussite des partenariats :

« Réunions régulières, partages d'informations »

« Intervention rapide des équipes mobiles quand nous les sollicitons, possibilité de préparer une hospitalisation en cas de besoin, intervention de l'epsmr pour des formations »

« Conduite à tenir auprès des personnes souffrant de troubles psychique, informations réciproques afin de mieux comprendre et accompagner la pathologie »

« Le partenariat avec le CMP et l'équipe mobile fonctionne de manière efficace »

« Les réussites sont : une réponse rapide des partenaires. Intervention rapide de l'équipe mobile sur notre site. L'équipe mobile fait le lien avec le CMP et permet d'obtenir plus rapidement un rendez-vous pour la personne.

« Formation /échanges avec une psychologue rattachée à l'EPSMR, sur des thèmes liés aux troubles psychiques. »

« Continuité de prise en charge- prévention- formation- debriefing sur les situations »

La réussite des partenariats s'explique principalement par trois facteurs :

- **Partage d'informations**
- **Intervention du secteur sanitaire dans la prise en charge sur le long terme**
- **Réactivité du sanitaire en cas de crise**

B. Les facteurs d'échecs

Les propos ci-après montrent également la diversité des facteurs d'échecs des partenariats :

« Manque de temps pour aborder de concert chaque dossier »

« Difficulté de compréhension entre le social et le médical, entre l'urgence médicale et l'urgence sociale.

« Dans le secteur NORD-EST, la principale difficulté est la mobilisation des services de psychiatrie sur les situations. Nous sommes confrontées à des non réponses. Dans le secteur sud, nous constatons un échange insuffisant dans le sens psychiatrie-mjpm.

« Difficulté dans la mobilisation des partenaires. »

« Le manque de disponibilité »

« Les services ou les interlocuteurs peuvent ne pas être disponibles quand les situations d'urgence se présentent »

« C'est lorsque les personnes sont dans le déni ou le refus de se faire aider que nous atteignons nos limites dans l'accompagnement que nous proposons. Les structures spécialisées en psychiatrie ne nous sont alors d'aucune aide. »

« Manque de conventionnement »

« Les conseils sont théoriques et ne sont d'aucun secours pendant la crise »

Cinq types de faiblesses repérées :

- **Manque de temps et de disponibilité**
- **Décalage des temporalités d'action des différents partenaires**
- **Manque de formation**
- **Manque d'information sur les actions des différents secteurs**
- **Manque d'échange avec les différentes institutions**

4.1.6 La gestion de crise en interne

Lorsqu'un usager entre en situation de crise, les équipes réagissent :

« En fonction des situations, nous faisons intervenir les pompiers, la police, le médecin afin que soit constatée la nécessité d'hospitalisation puis nous la signons. »

« Gestion par le travailleur social en général. Il tente de contenir la personne soit par son attitude, soit dans son discours, selon la problématique avancée (angoisse, hallucination, agressivité, etc) »

« Dans un collectif, qui plus est avec de nombreux enfants, nous devons autant sécuriser le collectif que la personne, la règle est généralement d'appeler le 15. »

« Maintenir la personne éloignée des autres résidents, tenter de maintenir une communication, atténuer les éléments de tension, ne pas laisser la personne seule. »

« Relation d'écoute avec la personne, CAT avec la direction, ... »

« Rester avec la personne, garder le contact et maintenir le dialogue autant que possible, éloigner les autres personnes accueillies et faire le nécessaire auprès des services médicaux. »

« Mise en place d'un cadre apaisant et rassurant (discours adapté) »

La gestion de la crise en interne semble se jouer

- **Sur la mise en place de dispositifs d'attente improvisés (isolement de l'usager)**
- **Sur la mise en place d'action ponctuelle pour canaliser l'usager (cadre apaisant, écoute, attitude, dialogue)**
- **Avec l'appel à l'intervention de personnels extérieurs à l'ES (équipe mobile ; pompiers, SMUR, police)**

4.1.7 La gestion de crise avec l'externe

L'appel à des partenaires extérieurs est primordial :

« En fonction des situations, nous faisons intervenir les pompiers, la police, le médecin afin que soit constatée la nécessité d'hospitalisation puis nous la signons. »

« Contact avec le 15 pour conduite à tenir, et avec le CAUMP »

« Équipe mobile epsmr »

« Généralement le 15, mais si la personne est déjà suivie (CMP par exemple), nous pouvons faire appel au médecin qui la connaît avant d'aller vers les urgences. Nous pouvons aussi solliciter l'Equipe Mobile de psychiatrie, si le délai qu'ils nous imposent (intervention dans les 72 H) est gérable. »

Les professionnels du secteur font appel à des services extérieurs lors des phases de décompensation :

- **Équipe mobile EPSMR (Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie)**
- **Police**
- **SMUR**
- **Médecin traitant de l'utilisateur**
- **CMP**

4.1.8 Les préconisations pour améliorer la prise en charge

Dans le questionnaire en ligne, une question ouverte a été posée pour apporter des suggestions pour améliorer la prise en charge :

« Développer les équipes mobiles avec des actions collectives de terrain. »

« Améliorer les délais de prises en charge et la communication entre le social et le médical »

« Décloisonner les institutions »

« Une meilleure connaissance des missions de part et d'autre -la mise en place d'une fiche commune de liaison dans le cadre d'une hospitalisation -une meilleure coordination des partenaires dans le cadre du projet global de la personne accompagnée. »

« Accentuer la formation dans le cadre des formations sociales initiales, faire de la sensibilisation grand public la formation des professionnels et le travail en réseau. »

« Nos manques de moyens nous imposent de travailler rapidement et c'est en contradiction avec la prise en charge de personnes présentant de tels troubles. »

« Disposer d'un numéro d'appel d'urgence avec l'hôpital qui permettrait une prise en charge immédiate. »

« Plus de formation. »

La demande des établissements s'oriente sur :

- **De la formation supplémentaire**
- **Des moyens professionnels supplémentaires**
- **Une information facilitée sur les rôles et actions de chacun des acteurs des parcours de soin des usagers.**
- **Des partenariats plus efficaces en situation de crise avec l'amélioration des délais notamment.**

4.2 Les entretiens avec les établissements sociaux

4.2.1 L'accueil

Dans le secteur social, l'accueil des personnes relève d'instances d'orientations diverses selon le type de structure ou service concerné.²⁰

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, au motif du secret médical, l'étayage des situations est généralement flou. Lorsque la personne arrive au sein de la structure, peu d'informations spécifiques sont disponibles :

« On reçoit la fiche du 115 avec le nom et prénom de la personne. Il est précisé si elle a un ou des enfants, si elle a été victime de violence conjugale ou intrafamiliale... Sinon, on ne reçoit pas d'autres informations. On ne sait rien du traitement ni du suivi. Même si elle vient de l'hôpital, on ne connaît pas la raison. Parfois, elle le dit, parfois on l'apprend après la manifestation de la problématique... » (CHAU)

« Aucune instance n'est tenue de signaler que l'utilisateur accueilli par le CHRS a des problématiques psychiques. Le rapport SIAO peut éventuellement signaler qu'il y a des troubles mais ils ne sont pas identifiés. La notification type, c'est : « Monsieur Untel est malade mais il a un traitement qui l'équilibre. ». Pour le reste ? On n'a pas à le savoir ». » (CHRS)

Seules les tutelles accèdent parfois à des compléments d'informations :

« Quand on va voir le dossier au tribunal. Il peut y avoir des informations nous prévenant que le majeur protégé souffre de troubles psychiques. On essaye de voir quelle est l'ampleur du handicap psychique et l'on essaye d'identifier qui donnera le « La » de la méthode de travail avec lui (un CMP, un infirmier, le médecin traitant, un psychiatre libéral, un psychologue ?). Il s'agit avant tout de s'assurer de la remise dans un parcours, dans un suivi. » (Tutelles)

²⁰ La commission SIAO oriente les personnes vers les centres d'hébergement ou de réinsertion sociale (CHRS) ou les maison-relais. Les services du 115 orientent les personnes en situation d'urgence au sein des centres d'hébergement et d'accueil d'urgence (CHAU). Le juge des tutelles est chargé de désigner un tuteur à un majeur déclaré comme inapte à assurer les actes de la vie civile.

Il leur faut toutefois opérer un tri des données disponibles :

« Le dossier de mise sous protection contient des éléments : la requête et l'expertise faites par le médecin qui détermine la pathologie de la personne ; mais également des éléments complémentaires de psychiatre, du médecin traitant ou du CMP. Vous partez à la collecte d'informations. Il faut faire le tri des informations, au cas par cas. » (Tutelles)

Les procédures d'admission imposent aux travailleurs sociaux d'établir un diagnostic social rapidement après le premier accueil administratif. Grâce à l'échange avec l'usager, le diagnostic peut apporter des compléments d'informations. Il cherche surtout à apprécier l'état général de la personne :

« Après le premier accueil de quelques minutes avec n'importe quel membre du personnel, nous [équipe de travailleurs sociaux] avons 48h pour poser notre diagnostic social avec la personne. » (CHAU)

C'est sur la base de ce rapport interne et des autres rapports possiblement disponibles que la structuration de l'accompagnement va être définie.

L'accueil

- **Orientation par le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation**
- **Orientation par le 115 – Service de Samu Social**
- **Informations sur l'usager perçues comme insuffisantes**
- **Mise en place d'un diagnostic social interne**

A. Le projet d'accompagnement

Les équipes rencontrées insistent sur le fait que leurs établissements sont des lieux de vie et non de soins. Le but de la prise en charge est de permettre le retour des personnes en grande difficulté sociale dans des dispositifs de droit commun. Suivant leur problématique²¹, il s'agit de les raccrocher à des services d'aide spécifiques tout en assurant un rôle de veille et de réinsertion sur le terme dédié à l'établissement²² :

« Il s'agit pour nous de refaire adhérer la personne à un projet global de santé. Cela passe par la remise à jour de ses droits ; à la consultation d'un médecin généraliste. Souvent, ces gens n'en ont plus vu depuis des années. Ils n'ont plus de carte vitale. On travaille là-dessus. » (CHAU)

« Nous devons veiller à monter avec la personne un dossier de réinsertion la menant au mieux à un logement autonome. Pour ce faire, nous devons l'amener à se soigner. » (CHRS diffus).

²¹ Entre autres : alcoolisme, troubles psychiques, problème de logement...

²² Les différents établissements ont vocation à accueillir leurs usagers sur des durées variables : le CHAU accueille sur le court terme, le CHRS sur le moyen terme, la maison relais sur le long terme.

La tutelle joue un rôle d'évaluation et de veille plus large que les établissements : elle s'assure de l'implication de tous les acteurs nécessaires à la stabilisation de la personne :

« Le travail, c'est de s'assurer du suivi médical psychiatrique. C'est également s'assurer de son projet d'autonomisation, initier si nécessaire une demande de SAVS auprès de la MDPH, lui trouver un appartement... (Tutelles)

Le projet d'accompagnement

- **Consiste à « raccrocher » l'usager aux réseaux médicaux adaptés**
- **L'axe « santé » est déterminant pour atteindre les finalités de réinsertion du secteur social**

4.2.2 L'accompagnement

Comme dit plus haut, certains usagers arrivent dans les établissements d'accueil avec des informations parcellaires sur leur état. L'importance du secret médical est encore ici invoquée. La pêche aux informations est incertaine et dépend de la coopération de l'usager :

« Quand le psychiatre envoie son compte-rendu d'expertise, même si cela a été sur notre demande, il ne l'envoie qu'à l'usager. Son suivi psychiatrique lui appartient et le CHRS n'y est pas associé. » (CHRS)

Plus rarement, des personnes passent entre les mailles du filet du diagnostic interne. Après leur entrée, elles présentent des troubles du comportement soudains. Il peut s'agir de personnes en entrée de parcours dans leur maladie sans suivi médical antérieur ou avec un suivi médical non-communicué :

« On s'est rendu compte après que la personne était schizophrène et avait un suivi psychiatrique. Mais notre assistante sociale n'en avait pas été informée. » (CHRS)

« Il nous arrive d'accueillir des gens diagnostiqués mais pour lesquels il n'y a pas ou plus de suivi psychiatrique. » (CHRS diffus)

Certaines personnes accueillies dans des maison-relais sont parfois d'ores et déjà suivies par la psychiatrie et des services médico-sociaux (SAMSAH ou SAVS). Ces partenariats sont sources de satisfaction lorsque tous les acteurs sont impliqués :

« Suite à la réception du rapport social, nous savions que la personne accueillie touchait l'AAH mais on n'avait pas d'idée de la pathologie, on savait juste qu'il y avait un suivi CMP, un SAVS et une tutrice impliquée : en fait, c'était à nous d'être vigilant pour observer si la personne était « bien » au jour le jour. » (Maison-relais).

« Nous avons trois personnes accueillies en maison relais suivies par un SAMSAH ; la collaboration porte ses fruits, c'est très bien. » (Maison-relais)

Même si le suivi par de multiples services est vu comme un atout, certaines anecdotes illustrent le manque de concertation dont peuvent parfois souffrir ces partenariats :

*« La tutrice avait pris l'initiative d'acheter une machine à laver au monsieur pour son appartement. Nous avons eu des dégâts des eaux dans les espaces communs de convivialité. On pense à refaire une expertise psychiatrique pour voir si la maison relais lui convient. Il vient d'un CHRS de Saint-Denis qui nous avait informé qu'il était pourtant autonome... »
(Maison-Relais)*

L'accompagnement

- **Les informations sur l'état psychique de l'individu ne sont pas formellement accessibles à l'équipe encadrante, ni même aux services médicaux.**
- **L'usager décide s'il partage les informations sur son état.**
- **Les maisons-relais peuvent accueillir des personnes déjà suivies régulièrement par des services sanitaires et/ou médico-sociaux qui donnent satisfaction.**

A. Un suivi insécurisant et de la stigmatisation

Une fois que la personne est repérée comme souffrant de troubles psychiques, son accompagnement peut être perçu comme insécurisant par l'équipe. Le manque d'informations sur son état et les préjugés liés à ses troubles focalisent *de facto* l'attention.²³ Les apartés²⁴ avec les individus vus comme à risque sont mal vécus. L'appréciation du risque d'agression est difficile à cerner. Pour pallier au risque, les personnels ont pris l'habitude d'aborder ces épisodes à plusieurs si possible (tutelles ; CHRS).

Le suivi des personnes en établissement est réalisé au quotidien par des personnels aux profils hétéroclites²⁵. Se sentant plus sensibilisés que formés, c'est « la connaissance empirique accumulées sur les cas »²⁶ et la connaissance du profil des personnes qui « sauvent » des situations perçues comme potentiellement dangereuses. Lorsqu'un problème se manifeste, ce sont souvent ces mêmes personnes qui sont en première ligne et réagissent.

En ES collectifs, il y a des cas de stigmatisation manifeste de la part des autres résidents suite aux manifestations de troubles et/ou passages à l'acte. Si les travailleurs sociaux se disent sensibilisés et prêts à accepter les troubles de l'usager ; il n'en va pas de même pour les autres résidents qui ostracisent parfois le fauteur de troubles. Paradoxalement, l'usager se retrouve dès lors dans une situation néfaste pour sa réinsertion sociale.

*« Nous avons constaté lors de notre partenariat avec un ESAT pour le nettoyage qu'il y avait un travail à faire pour ne pas stigmatiser ce public. »
(CHRS)*

²³ Cet effet « regard » peut amener à la surestimation des troubles par le travailleur social et par conséquent, à une surréaction au moindre signe perçu comme annonciateur de problème. [Lotte et Seraphin, « *Le handicap psychique, un concept ?* », *Revue Ethnologie française*, 2009/3 Vol.39]

²⁴ Visites à domicile, convocation dans les locaux administratifs, temps collectifs

²⁵ Agents d'accueil, veilleurs de nuit, personnel d'entretien, travailleurs sociaux ...

²⁶ Avec en corolaire l'ensemble des croyances légitimes.

Pour les établissements d'accueil collectifs, la pérennisation de bonnes relations entre usagers en grande difficulté sociale est importante. Cependant, le manque d'habileté sociale caractéristique lié aux pathologies psychiques entraîne des complications :

« Les deux personnes « psy » étaient au début dans une grosse dynamique d'intégration mais elles ont posé des actes au fil du temps. Dès la première année par exemple, l'un d'eux a agressé une personne. (...) cela a eu pour conséquence de les isoler du reste du groupe. » (Maison-relais)

La perception de l'accompagnement :

- **Les personnes souffrant de troubles psychiques focalisent l'attention de l'équipe encadrante.**
- **Les expertises des professionnels sont hétérogènes.**
- **Les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent être stigmatisées par les autres usagers, ce qui fragilise la dynamique d'inclusion sociale.**

4.2.3 Travail partenarial avec le secteur sanitaire

En cas de troubles repérés comme ne nécessitant pas d'urgence, les réponses apportées par les équipes reposent sur la mobilisation de partenaires extérieurs. Pour les six établissements ou services rencontrés, il n'y a pas de différence avec les résultats de l'enquête en ligne (cfr plus haut) :

- L'équipe mobile spécialisée en psychiatrie (EMSP)
- Le médecin traitant de l'utilisateur s'il en a un
- Ponctuellement, des psychologues d'associations partenaires
- Le CMP qui traite la personne si la personne est déjà suivie

Dans les établissements collectifs rencontrés, le partenaire privilégié est l'équipe mobile de soin en psychiatrie. Les équipes ont la possibilité de la contacter lorsqu'il est constaté que l'utilisateur n'a plus de suivi psychiatrique. Le référent EMSP fournit des conseils sur la posture à adopter dans la relation d'aide pour prendre en charge la personne ou la rendre plus réceptive à leur demande. Avec le temps, les travailleurs sociaux se sentent de plus en plus sensibilisés aux comportements à adopter face aux personnes dans le déni.

Pour autant, dans ce type de situation, la difficulté principale est de faire accepter à la personne dans le déni ou en rupture de parcours le rôle de la maladie sur son mal-être. Pour les travailleurs sociaux, il reste difficile de faire entrer la personne dans ce principe de réalité. Certains professionnels se sentent démunis lorsqu'ils sont seuls face à ce type de situation :

« Lorsque la personne est dans le déni, ce que les infirmiers nous disent, c'est qu'il n'y a rien à faire. Que pour que cela aille mieux, il faut que la personne prenne son traitement. Mais pour le convaincre, l'on doit se débrouiller. » (CHRS diffus)

En cas de problème persistant, certains établissements rencontrés ont la possibilité de contacter l'EMSP pour organiser une rencontre avec la personne.²⁷ Les succès liés à ces rencontres sont vus comme mitigés parce que de toute façon, la personne ne peut être prise en charge contre son gré. De plus, l'EMSP ne peut assurer son rôle d'accroche correctement : la relation de confiance à installer avec l'usager se heurte à ses difficultés d'agenda :

« La coordinatrice de l'équipe mobile a fait le tour de toutes les structures. On a été en demande qu'ils viennent régulièrement pour travailler l'accroche mais ce n'est pas possible. » (Directeur général association)

« Des rencontres au petit déjeuner ont été organisées ici à Sainte-Rose ; mais les personnes étaient peu réceptives au contact des infirmiers. Et puis, les infirmiers ne peuvent intervenir toutes les semaines. Même s'ils sont disponibles au téléphone, on ne les voit qu'assez peu. »

Il est à ajouter que lorsque la personne est dans le déni de sa maladie et qu'elle refuse une prise en charge, l'équipe ne peut demander l'intervention de services spécialisés sauf demande d'hospitalisation par un tiers ou dépôt de plainte. Les services restent démunis car les EMSP n'ont pas d'action concrète à proposer pour sortir la personne de son déni.

Lorsque l'encadrement juge la personne en besoin d'aide, des initiatives ponctuelles sont prises :

« Nous avons essayé de mettre des personnes nécessitant un soutien sur le fait accompli ; lors de réunion avec nous (travailleur sociaux), nous les avons mis en face d'infirmiers que nous ne présentions pas comme spécialisé en psychiatrie » (CHAU)

Le travail partenarial avec le secteur sanitaire

- **Si les établissements mobilisent tous les mêmes acteurs sanitaires, la nature de chaque relation partenariale varie.**
- **Les services sanitaires n'ont pas d'action concrète à proposer pour sortir la personne du déni de sa maladie.**
- **Sauf crise ou événement grave, l'ES « bricole » pour raccrocher la personne au soin.**

A. La gestion de la phase de dégradation de la maladie :

Il arrive que l'état de l'usager se dégrade et entre dans une phase dite « décompensatoire »²⁸. Cette phase est progressive. Elle peut durer quelques jours comme quelques mois. Elle se finit parfois par une hospitalisation.²⁹

²⁷ Le CHRS diffus interrogé ne contacte son EMSP que lorsqu'un événement « grave » survient.

²⁸ Période durant laquelle les symptômes de la maladie psychiques deviennent visibles.

²⁹ Concrètement, c'est dans ces moments que les symptômes de la maladie deviennent plus visibles et fréquents.

Pour les établissements rencontrés, le rôle de l'EMSP est à ce moment précis déterminant. Les équipes contactent l'EMSP qui sert alors de relais avec le CMP pour une prise de rendez-vous plus rapide.

« Avant, nous contactions le cmp nous-mêmes mais maintenant, on demande à l'EMSP de le faire pour nous » (CHRS)

Quand l'EMSP n'est pas disponible, les équipes déploient d'autres stratégies de communication afin d'être entendues par le secteur sanitaire :

« C'est notre directeur général qui appelle » (CHAU)

« Maintenant, on sait comment parler au CMP pour avoir un rendez-vous plus rapidement »

Parfois, c'est la menace qui est mise en avant :

« Suite à un refus de rdv au CMP, nous avons dû leur dire que s'il y avait des conséquences sur son état, l'ARS aurait également notre version de la situation » (Service de tutelles)

Malgré tout le panel de réactions mises en place par les équipes d'ES, des usagers peuvent sombrer dans la maladie faute de suivi mis en place à temps :

« (...) pour obtenir un rdv avec un psychiatre pour un majeur protégé qui décompensait à domicile, nous avons reçu une fin de non-recevoir. On en est arrivé à une hospitalisation d'une semaine à l'EPSMR. (Tutelles)

La phase décompensatoire

- **L'utilisateur présente des symptômes qui s'aggravent.**
- **Les ES contactent les services sanitaires pour une prise de relais.**
- **Des stratégies de communication sont mises en place pour s'assurer de la prise en charge de l'utilisateur (relais EMSP, relations personnelles...)**
- **Des cas de fin de non-recevoir existent et peuvent amener à la crise.**

B. Les crises

Des cas de personnes qui décompensent subitement sont plus ou moins fréquents selon le type d'établissement³⁰. Le centre d'hébergement et d'accueil d'urgence interrogé est particulièrement confronté à ce genre de situations en accueillant des personnes pour des temps courts, en état de déshérence sociale³¹.

Les tutelles sont aussi témoins de ces phénomènes de crise car la nature de leur accompagnement leur empêche parfois de constater les changements factuels dans la vie des personnes tels que les inobservances de traitement :

« On ne les voit pas tous les jours, et surtout, le fait qu'ils ne prennent pas leur traitement ne va pas les déstabiliser du jour au lendemain. La manifestation de la problématique n'interviendra que dix jours ou un mois plus tard selon les cas. Dans ces cas-là, notre connaissance de la personne nous sauve et nous tentons de mobiliser la psychiatrie autour de lui. Il arrive que nous suspendions nos visites à domicile lorsque la situation est jugée dangereuse par nos partenaires. Des tuteurs se sont déjà faits prendre à partie. »

Même si les crises clastiques ou violentes sur autrui sont plutôt rares, ces phénomènes sont jugés comme graves par les équipes encadrantes. Dans l'urgence, des protocoles existent et sont dès lors appliqués³². Ces protocoles ne sont pas dédiés aux crises liées aux troubles psychiques et consistent en l'appel de services d'urgence de droit commun. Ce que regrettent des informateurs :

« Dans l'urgence, nous n'avons pas d'interlocuteur clair. Nous n'avons pas de personne-clé à mobiliser si un problème grave survient. L'EMSP peut intervenir. Mais elle ne le fait pas avant 24 heures. Parfois, on peut temporiser, parfois, c'est trop tard et nous appelons les services d'urgence classiques. » (CHRS)

« Nous sommes obligés d'appeler les urgences. Cela nous met dans une dynamique négative avec eux. » (CHRS, CHAU)

C. Ne pas se décrédibiliser

Lorsqu'une personne entre en crise, l'une des craintes est de faire appel à un service d'urgence qui ne considérera pas la situation comme urgente. Il en va de leur crédibilité et de leurs futurs partenariats.

« Une personne est entrée en crise violente. Une fois que les pompiers sont arrivés, trente minutes après, elle s'est calmée, elle leur parlait, réagissait... Ils sont repartis ». (Travailleur social CHAU)

³⁰ Suite à une inobservance du traitement passée inaperçue : « 95% des crises sont dues à des inobservances de traitement ; plus rarement, suite à des prises d'alcool ou de stupéfiants additionnées au traitement psychotrope. » (Directeur général association)

³¹ Les travailleurs sociaux parlent d'un cas d'hospitalisation forcée tous les deux mois.

³² Appel des pompiers, du SMUR, de la police si nécessaire ; demande d'hospitalisation par un tiers, comme le tuteur ou parfois un représentant de l'état... (cf. plus haut)

En cas de « raté », remobiliser par la suite les mêmes services sur des cas similaires devient plus compliqué.

Les crises

- **Correspondent à des manifestations potentiellement violentes de l'utilisateur envers lui-même ou envers d'autres personnes.**
- **Plus ou moins fréquentes selon le type d'établissement ou d'accompagnement.**
- **Contraignent les ES à mobiliser des partenaires extérieurs de droit commun.**
- **L'appréciation de la gravité de la crise est problématique et peut décrédibiliser les encadrants des ES vis-à-vis des services d'urgence.**

D. Incompréhensions et conséquences

L'une des clés de compréhension des tensions qui peuvent exister entre le secteur social et sanitaire réside dans l'appréciation différente de la perception des troubles et de leur gravité.

Cette différence dans la perception des troubles amène de grandes incompréhensions du côté des travailleurs sociaux :

« Nous avons déjà eu un cas où l'on a demandé l'hospitalisation. Nous avons essuyé un refus parce que la demande venait de nous et pas d'un médecin. L'équipe mobile est intervenue et a statué « colère passagère » ... Pourtant, la réalité des rapports sociaux montrait d'autres résultats. En fait, nos observations et rapports n'ont pas d'importance face au côté médical (...). Ils jugent de la situation en voyant la personne pendant dix minutes entre quatre yeux. Mais la personne, elle est habituée aux consultations, aux questions posées, elle sait comment se comporter devant l'infirmier ou le psychiatre... et quand elle retourne dans son logement, c'est reparti... » (Travailleur social CHRS).

De manière plus générale, la totalité des services déplore le caractère unilatéral des décisions du secteur psychiatrique :

« La personne était autonome selon le psychiatre. Or, l'équipe a constaté que ce n'était pas le cas. Comment le psychiatre peut-il statuer sur le degré d'autonomie ou de stabilité s'il ne voit pas l'utilisateur au quotidien ? » (CHRS)

« Si la personne, suite à sa crise, ne veut pas aller à l'EPSMR, elle revient au CHRS. » (Chef de service CHRS)

Parfois, des demandes de réunions partenariales essuient des refus sous motif que le nombre de personnes suivies par le service social n'est pas assez élevé.

Les liens entre le secteur social et le secteur sanitaire sont variables. Ils reposent sur les relations que les professionnels ont réussi à tisser entre eux. La bonne entente future peut se jouer sur le succès d'une prise en charge bien précise.³³

Conséquemment, certains établissements ont recours à des stratégies de communication contournant le lien direct avec les services psychiatriques concernés.

Par exemple, un CHRS oriente ses usagers vers des médecins généralistes avec lesquels ils ont des relations privilégiées :

« Nous ne pouvons pas le faire mais nous orientons nos usagers vers des médecins généralistes que nous connaissons, pour le renouvellement de traitement. »

Certains services contournent parfois les avis psychiatriques jugés contraires à leurs observations via le médecin traitant :

« Un monsieur pris en charge par nos services suivait un traitement psychiatrique. En accord avec les partenaires du sanitaire, nous organisons également pour lui un voyage par an de vacances à Madagascar qui lui permettait de se ressourcer. Or, lors de sa visite au CMP, un mois avant de partir, l'usager est jugé comme instable par le psychiatre qui le consulte. Il statue que l'usager n'est pas en mesure de voyager. Nous n'étions pas du même avis. Afin d'éviter l'aggravation, nous avons décidé de consulter le médecin traitant afin qu'il émette un avis contraire à celui du psychiatre. Ce dernier a été mis sur le fait accompli trois mois plus tard. »

Incompréhensions et conséquences

- **Il y a un décalage de la perception de la gravité des situations.**
- **Sentiment d'unilatéralité des décisions du secteur sanitaire sur le suivi social.**
- **Des stratégies de contournement d'avis de partenaires du secteur sanitaire sont parfois mises en œuvre.**
- **Le passage par les médecins généralistes peut poser question³⁴.**

4.2.4 Les réorientations

Les demandes de réorientations interviennent suite à des situations très problématiques. Ces demandes peuvent se solder par des refus des instances compétentes :

« Nous avons essuyé un refus de réorientation par la MDPH et le département alors que le problème était pourtant grave. Il s'agissait d'une dame avec syndrome d'alcoolologie totale, avec grosse déficience et troubles psychiques associés... Pourtant, la dame est restée, il a fallu une grosse demande au CG pour obtenir une prise en charge sanitaire en famille d'accueil pour PHPSY, mais ça a pris 4 à 5 Mois. Et le CHRS ne peut pas la mettre dehors... »

³³ Les réponses de l'enquête en ligne sont à ce niveau révélatrices : les raisons pour lesquelles les partenariats fonctionnent sont sensiblement les mêmes que celles pour lesquelles les partenariats ne fonctionnent pas (cf. enquête en ligne)

³⁴ A ce sujet, voir la p.44 du Rapport LAFORCADE- Mission Santé Mentale d'octobre 2016.

De manière générale, l'usager souffrant de troubles psychiques ne peut être exclu de l'établissement social en raison de ses troubles du comportement sauf si celui commet des actes graves et contraires au règlement d'intérieur. L'échelle de gravité reste cependant variable selon l'établissement.

Même lorsqu'il y a acceptation, l'attente créée par les situations de transition sont complexes à gérer pour les équipes :

Exemple de parcours d'un usager en maison-relais en situation de rupture et de dégradation :

Au fil du temps, on s'est rendu compte qu'il prenait mal son traitement. Cela avait une incidence sur son état de santé. Quand on a fait le lien avec le CMP, on s'est rendu compte qu'il n'allait plus aux rdv. Un partenariat a été mis en place avec l'EPSMR, le CMP, l'hôpital de jour pour adapter la situation à la dégradation de son état de santé. Le projet était de l'amener en famille d'accueil. Mais la première réponse du CMP fut qu'il fallait d'abord traiter son alcoolisme avant une entrée en famille d'accueil. Entre temps, l'usager est entré en résistance, il est entré en refus de soins et a posé des actes d'agression à la maison-relais. On a lancé une procédure de mises sous tutelles. Cela l'a amené pour quelque temps en hospitalisation ; ensuite en famille d'accueil thérapeutique et enfin en famille d'accueil sociale. Il est revenu à la maison-relais ; retournait à l'EPSMR jusqu'à ce que le même schéma recommence : rupture de soins, agression de professionnel. Un cap a été passé à ce moment-là. Les autres usagers de la maison-relais sont devenus agressifs envers lui. Il a été renvoyé en pension de famille. Dans le même temps, la tutelle a engagé la demande d'une nouvelle expertise psychiatrique ainsi qu'une demande d'orientation en foyer de vie à la MDPH... Tous les partenaires ont appuyé par un rapport cette demande. Ce monsieur serait en attente pour éventuellement y entrer. »

Concernant les cas moins problématiques, il y a la volonté pour les établissements accueillant sur les moyens à long terme d'établir une continuité dans l'accompagnement de la personne, notamment en initiant des demandes d'orientation SAVS à la MDPH. Lorsque la personne n'a pas de tutelle, c'est l'établissement qui entame la démarche administrative avec l'usager.

« Des personnes trouvent une certaine stabilité en CHRS. Mais l'on s'est rendu compte que si nous les envoyions en logement autonome sans aucun soutien, ce qui est la finalité du projet CHRS, cela ne servait à rien car ils se remettaient à décompenser après un certain temps. Nous initions donc de plus en plus régulièrement des demandes de suivi SAVS à la MDPH. L'idéal, c'est d'avoir le SAVS avant même la sortie de la personne du CHRS, pour la continuité du suivi ». (Chef de service CHRS)

Pour les établissements, il semble primordial d'envisager des aides après l'hébergement car si le suivi s'arrête, la même boucle de dégradation se répète.

Les réorientations

- **Découlent de situations très problématiques.**
- **Ne sont pas envisageables dans l'urgence.**
- **Des cas d'exclusions existent.**
- **Volonté des CHRS et des maisons-relais de tisser des suivis d'accompagnement avec les SAVS.**

4.2.5 Réponses « bricolées »

Les personnels interviewés ont fait part des adaptations pour la prise en charge des personnes perçues comme souffrant de troubles psychiques.

Dans l'accompagnement au quotidien

- Des visites à plusieurs à domicile quand la situation est compliquée.
- Des aménagements de locaux.
- Mise en place de groupes de paroles, de groupes d'analyse de pratiques.
- Echanges informels entre professionnels sur les situations.

Pour améliorer les liens avec le secteur sanitaire

- Un développement de partenariats privilégiés avec des acteurs du secteur sanitaire (EMSP, infirmier libéral, médecin traitant) qui font office de relais avec le CMP ou l'hôpital si nécessaire.
- Une recherche d'expertises complémentaires aux avis médicaux émis par certains partenaires.

Autour de la logique de parcours de l'usager

- L'initiation de démarches de reconnaissances auprès de la MDPH pour un suivi de parcours après la sortie de l'établissement ou la main levée de mesure (type SAVS, SAMSAH).

4.2.6 Synthèse

L'étayage sur les situations est insuffisant pour les équipes encadrantes ; entretient le doute ; les insécurise dans la prise en charge.

Aucune réponse satisfaisante n'est apportée actuellement à la problématique du déni et/ou de la rupture de soins.

Le rapport à la psychiatrie relève plus de la bonne volonté des professionnels que de conventionnements entre structures.

Des stratégies de communication mais aussi d'évitement de partenaires spécifiques de la psychiatrie émergent.

Les équipes encadrantes ont le sentiment de « bricoler » des dispositifs d'accueil et d'accompagnement improvisés.

Atouts - Suivi quotidien - Adaptation des pratiques professionnelles - Sensibilisation des personnels - Milieu ouvert, de droit commun - EMSP	Faiblesses - Manque d'outils de compréhension - Pas de légitimité des rapports sociaux - Dégradation et crises d'usagers - Stigmatisation des usagers - Contournement de la psychiatrie - Disponibilité et modalité d'intervention de l'EMSP
Opportunités - Echanges sur les cas à minima - Travail d'accroche des usagers en amont	Menaces - Augmentation du nombre d'usagers avec des troubles psychiques - Perte de confiance voire défiance entre partenaires - Secteur sanitaire débordé

5. Conclusion

5.1 Pour les ESMS

- 27 établissements ont répondu au questionnaire en ligne.
- 16 entretiens ont eu lieu, représentant 24 établissements

A. Ce que nous apprend le questionnaire en ligne

- Les personnes handicapées psychiques sont majoritairement accueillies dans des groupes mixtes avec d'autres publics (type TSA ou DI)
- Ces groupes sont mis en place suivant la politique de projet de l'établissement
- Près de trois établissements sur quatre interrogés n'engage pas de partenariat spécifique pour l'accompagnement des PHP.

B. Ce que nous apprennent les entretiens

- Il existe une logique d'accueil et d'accompagnement commune, correspondant aux exigences des lois 2002-2 et 2005-32 : procédure d'accueil de droit commun, mise en place de projet individualisé de la personne, accompagnement vers le rétablissement psycho-social de la personne.
- La procédure d'accueil se compose de deux phases : une phase de diagnostic interne du profil de la personne accueillie ; une période d'observation. Ces deux phases permettent à l'EMS de déterminer l'adéquation du profil de la personne avec le projet de l'établissement.
- Des initiatives ponctuelles existent pour améliorer l'adéquation du profil de la personne avec le projet d'établissement. Si celles-ci permettent d'améliorer les temps d'attente, ne sont-elles pas non plus le fruit d'une sélection avec le risque de ne pas prendre les plus fragiles ?
- L'accompagnement se fait en groupes mixtes. Le groupe mixte est vu comme apportant du dynamisme. Il donne également du sens à l'objectif de rétablissement social par la politique de l'inclusion de la personne. L'accompagnement en groupes dédiés est vu comme « ségrégant ».
- La perception de l'accompagnement des PHP est différente de celles ayant d'autres profils. L'accompagnement est perçu comme chronophage. Il est aussi perçu comme insécurisant vu le potentiel de crise existant.
- Des outils sont créés pour améliorer l'accompagnement :
- Le recours à la psychothérapie comme politique de certaines institutions.
- Des expérimentations de vie citoyenne comme moyen d'inclusion de la population PHP.
- L'assouplissement des règles de vie institutionnelles.
- Des dispositifs pour permettre la continuité de l'accompagnement.
- Des outils de repérage des signes annonciateurs de la crise.
- Des temps de focalisation sur les périodes jugées à risque
- Des temps réflexifs après les décompensations.
- Le travail partenarial avec le secteur sanitaire est incontournable. La qualité de celui-ci dépend fréquemment de la volonté de chaque parti.

- Les rapports entre EMS et secteur sanitaire sont à plusieurs vitesses. Certains ESMS sont isolés et souffrent de manque de coordination avec le sanitaire.
- Des demandes de prise en charge des ESMS lors de phase de dégradation de la maladie psychique de la personne sont parfois ignorées, ce qui mène potentiellement à des situations catastrophiques.
- Des stratégies de communication avec le secteur sanitaire émergent : passage par le médecin traitant, passage par la médecine du travail pour interpeller la psychiatrie de secteur sur base régulière.
- Le séquençage de l'accompagnement avec le système de double notification est un atout majeur pour la personne.
- Le séquençage de l'accompagnement ESMS-établissement sanitaire est également satisfaisant. Toutefois, dans les entretiens réalisés, il résultait avant tout de situations problématiques non-pensées en amont et constituait des réponses de « répit » à des situations difficiles en ESMS. Ces situations ne sont sans doute pas représentatives de l'état des séquençages actuels.
- Les réorientations vont rarement dans le sens d'une évolution même si des cas existent.

5.2 Pour les ES

- 12 ES ont répondu au questionnaire en ligne.
- 6 entretiens ont eu lieu.

A. Ce que nous apprend le questionnaire en ligne

- La prise de connaissance du trouble psychique de la personne accueillie passe presque toujours par la décompensation ou l'usager lui-même.
- Dans la plupart des cas, l'ES n'a pas la connaissance de la problématique de l'usager lorsque celui-ci l'intègre.
- Le pourcentage estimé d'usagers souffrant de troubles psychiques dans les ES est variable. Un quart des répondants perçoit plus de 60% de personne souffrant de troubles psychiques, ce qui peut démontrer une méconnaissance ou une crainte de ces troubles.
- Les partenaires médicaux privilégiés des ES sont les CMP et les hôpitaux.
- Les facteurs de réussite des partenariats ES et sanitaire se trouvent dans l'échange d'informations et la réactivité du secteur sanitaire en cas de crise.
- Les facteurs d'échecs des partenariats ES et sanitaire se trouvent dans le manque de temps disponibilité du sanitaire, dans le décalage des temporalités d'action.
- La gestion de la crise en ES se joue sur la mise en place de dispositifs d'attente improvisé et sur l'appel de services d'urgences de droit commun suivant des procédures d'urgence généralistes.
- Les demandes pour l'amélioration de la prise en charge portent sur de la formation supplémentaire, une information facilitée sur les rôles et actions de chaque partenaire et une meilleure efficacité des partenariats en situation de crise notamment.

B. Ce que nous apprennent les entretiens

- Lorsque la personne arrive en ES, peu ou pas d'informations spécifiques sont disponibles.
- Un diagnostic social interne est mis en place après l'arrivée de la personne. Ce diagnostic peut « rater » le trouble psychique de la personne.
- L'usager décide s'il partage les informations sur son état ; l'ES n'est pas associé au suivi psychiatrique de la personne.
- Les usagers des ES souffrant de troubles psychiques sont stigmatisés par les autres publics des ES.
- Le suivi des personnes souffrant de troubles psychiques focalise l'attention des travailleurs sociaux. Ces personnes sont vues comme « à risque ».
- Les partenaires privilégiés des ES rencontrés sont l'équipe mobile de soins en psychiatrie, le CMP et le médecin traitant.
- La problématique principale est de convaincre la personne souffrant de troubles psychiques dans le déni de sa maladie qu'elle a besoin de soins. L'EMSP apporte un soutien aux équipes sociales mais n'a pas de moyens d'accroche suffisants pour ces personnes.
- Lorsque la personne entre en crise, des stratégies de communication pour mobiliser les services sanitaires partenaires sont mises en place.
- Des fins de non-recevoir à des sollicitations existent.
- Il existe un décalage entre la perception de la gravité des situations entre les travailleurs sociaux et ceux des services du sanitaire. Cela mène à des incompréhensions et à des stratégies de contournement des plateformes psychiatriques au profit de médecins généralistes.
- Les réorientations découlent de situations problématiques et ne sont pas envisageables dans l'urgence.
- La volonté des ES est de tisser des suivis d'accompagnement avec des EMS notamment.
- Des cas d'exclusion existent.

6. Orientations émergentes de l'étude :

Sur l'intérêt des groupes dédiés :

L'idée des groupes dédiés ne semble pas à approfondir : même si elle peut présenter un intérêt dans la spécialisation des intervenants, elle ne semble pas correspondre aux approches des établissements qui ne souhaitent pas faire de ségrégation et privilégier des approches inclusives.

Sur les équipes mobiles :

Les équipes mobiles sont appréciées et représentent souvent l'unique soutien pour les établissements sociaux. Il semble cependant que les moyens soient insuffisants quantitativement et que les modalités d'intervention pourraient aussi consister à faire émerger une demande de soins auprès des personnes.³⁵

Sur l'accueil séquentiel en ESMS :

Les accueils séquentiels entre les ESMS et le sanitaire semblent donner satisfaction. Ils pourraient être développés. Il existe aussi une pratique de ce type entre les établissements d'un même organisme gestionnaire. Ils pourraient aussi se développer.³⁶

Sur les accompagnements dans le milieu ordinaire ou moins protégé

Il semble que des personnes avec troubles psychiques pourraient davantage bénéficier d'accompagnements dans des milieux moins institutionnalisés et protégés (personnes en FAM ou encore en ESAT par exemple). Il s'agirait alors d'organiser des formes d'accompagnements par exemple en accueil familial, en maisons relais, en logement autonome. Cela interroge donc le rôle des SAVS et des SAMSAH et de partenariats entre ces derniers et les établissements.

Sur la sensibilisation et la formation des médecins traitants

Les médecins généralistes sont des relais importants pour les usagers. Leur sensibilisation aux problématiques psychiques et aux possibilités qu'offrent les établissements sociaux et médico-sociaux semble variable. Il convient de renforcer leurs connaissances en la matière.

³⁵ Voir fiche technique « évolution des ESMP » et son annexe produite par la DJSCS dans le cadre du groupe C6

³⁶ Voir fiche technique « temps partagés » produite par l'ARS-OI dans le cadre du groupe C6

7. Annexes

Fiche « accueil et accompagnement de l'utilisateur HPsy au quotidien »

(Ajoutée au 13/02/17)

Comment est accueilli l'utilisateur avec troubles psychiques ? Existe-t-il une procédure d'admission particulière ?	
Pour lui, quel accompagnement au quotidien (de droit commun ou spécifique) ?	
Quels sont les liens que vous entretenez avec la psychiatrie de secteur ? Quel suivi psychiatrique pour l'utilisateur au quotidien ? Quelle place pour le médecin traitant éventuellement ?	
Développez-vous des partenariats pour l'accompagnement des PHPSY ? Avec qui ? Cela s'est-il parfois mal passé ?	
Le personnel est-il formé à la prévention, au repérage et à la gestion de crise ?	☐ oui/ ☐ non Si oui, comment se fait la prévention ?
Possédez-vous une procédure en interne en cas de crise ? Quel recours au 15 ?	☐ oui/ ☐ non Si oui, quelle est-elle ?
Suite à une crise ou événement grave, envisagez-vous une analyse réflexive sur la situation ? Signalez-vous l'utilisateur ?	☐ oui/ ☐ non Si oui, quelle forme pour l'analyse et à qui signalez-vous l'événement ?
Arrive-t-il que des usagers soient redirigés ou exclus temporairement de vos services en raison de leurs troubles psychiques ?	☐ oui/ ☐ non Si oui, quelle proportion ?
Quel est le suivi mis en place pour la réinsertion de l'utilisateur en milieu ordinaire ? Et quelle proportion d'utilisateurs ?	
Quels partenariats à développer pour que l'utilisateur se réinsère dans le milieu ordinaire ?	
Quelles priorités en matière de formation ? (Formation théorique sur les troubles psychiques ? Concernant les CAT en cas de crise ? Le repérage des troubles, et l'anticipation des décompensations ? Etc...)	
Remarques éventuelles	

Fiche « dispositif/démarche »

« Fiche descriptive de démarche ou dispositif mis en place ayant permis de proposer des réponses alternatives pour des personnes handicapées psychiques (adultes et personnes âgées) »	
Contexte de création/mise en place (à partir de quels constats ? sur l'initiative de quel acteur ?)	constats: titre, fonction de l'initiateur (des initiateurs) :
Objectifs de la démarche	
Périmètre du dispositif	A quelle population-cible ou acteurs s'adresse cette démarche ? Situation- caractéristique : Tranche d'âge :
	Y a-t-il des critères d'accès définis ? ☐ oui/ ☐ non Si oui, lesquels ?
	Une participation financière demandée ?)
Calendrier de la démarche	Début formulation du projet : __/__/20__ Début action prévue ou effective : __/__/20__ Fin action prévue ou effective : __/__/20__ Reconduction envisagée ☐ oui/ ☐ non
Partenaires associés	Partenaires médico-sociaux Partenaires sociaux Association(s) représentant les personnes accompagnées Autres
Pratiques à partager	
Risques et difficultés rencontrées	
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la démarche	
Modalités d'évaluation pratiquées ou envisagées	
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Estimez-vous que votre démarche possède un caractère innovant ?	☐ oui/ ☐ non En quoi l'est-elle ou ne l'est-elle pas ?
Combien de personnes ont pu bénéficier de cette démarche à ce jour ?	
Remarques	

Un exemple anonymisé d'une situation individuelle qui a bénéficié de la démarche, qui vous semble illustrer le mieux l'intérêt de cette démarche

« Fiche descriptive d'une situation individuelle ayant bénéficié de cette démarche »	
Eléments de description de la situation de la personne (avant de bénéficier de cette démarche)	anamnèse – situation résumée de la personne problématique
Solution proposée (exemple de dérogation, de collaboration partenariale, etc.)	
Modalités de construction de la solution (partenaires, financement, formation, etc.)	
Pratiques à partager	
Participation (et modalité de participation) de la personne concernée à la construction de la solution	
Retour de la personne concernée sur la solution proposée (ou à défaut de son entourage ou de ses aidants professionnels actuels)	
Risques et difficultés rencontrées	
Leviers qui ont rendu possible ou facilité la mise en œuvre de la solution	
Pour aller plus loin, qu'est ce qui aurait pu être fait autrement ?	
Estimez-vous que votre démarche possède un caractère innovant ?	☐ oui/ ☐ non En quoi l'est-elle ou ne l'est-elle pas ?
Remarques	

Liste des EMS rencontrés

Date	Etablissement
27/02/2017	Foyer Albert Barbot, Fondation Père Favron (ESAT, SAVS, FAO)
27/02/2017	IMS Raphaël Babet
28/02/2017	FAM des Cytises, Fondation Père Favron
01/03/2017	ASFA Direction Pôle Handicap
01/03/2017	FAM des 3 cascades Saint-Benoît
02/03/2017	FAO Jean-Clermont ALEFPA Est Saint-André
03/03/2017	ADAPEI, Le Tampon (FH,SAVS,FV)
08/03/2017	APAJH Nord FAM FAO FH SAVS
08/03/2017	FHTH Levavasseur Saint-Denis
09/03/2017	IMPRO des Trois Mares, Le Tampon
10/03/2017	SAVS Jean-Clermont Saint-André
14/03/2017	EPHAD Le Moutardier Saint-Benoît
15/03/2017	ESAT Levavasseur Saint-Denis
21/03/2017	FAM Alice Verdin, Rampe de Saint-François Saint-Denis
22/03/2017	Pôle Handicap ASFA, IME La montagne

Liste des ES rencontrés

Date	Etablissement
28/02/2017	CHRS Agnès Schuller Saint-Denis
02/03/2017	Proxim-Services Saint-Paul, CHRS diffus
13/03/2017	CHAU les Joncquilles, Saint-Denis
21/03/2017	Direction générale LHPEG Saint-Denis
21/03/2017	Maison Relais de Sainte-Rose
27/03/2017	Service des tutelles, Croix-Rouge française

Fiche Technique « évolution des EMSP »

DJSCS 31/05/2017

Note relative aux hypothèses d'évolution des équipes mobiles de psychiatrie :

Les échanges du groupe C6, notamment lors de la réunion du 7 avril 2017, ont fait émerger un double constat concernant les équipes mobiles de psychiatrie :

- Les équipes mobiles sont appréciées et constituent un relais essentiel en matière de santé mentale pour les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Elles sont par ailleurs souvent l'unique soutien pour les établissements sociaux (ES).
- Il semble cependant que les modalités d'intervention de ces équipes ne soient pas complètement adaptées, notamment lorsqu'il s'agit de faire émerger une demande de la part des personnes.

Le groupe C6 a ainsi souhaité réinterroger le rôle et les modalités d'intervention de ces équipes mobiles.

I. Besoins des ESMS en matière de santé mentale, susceptibles d'être pris en charge par une équipe mobile :

A°) Besoins et ressources des ESMS en matière de prise en charge en santé mentale :

Les EMS médicalisés, les EMS non-médicalisés, et les ES accueillent des publics différents mais sont tous concernés, à différents degrés, par la problématique des troubles psychiques.

On peut ainsi dresser une typologie générale des types de besoins :

1. Démarche « d'aller vers » des personnes qui présentent des troubles psychiques, mais qui n'expriment cependant pas de demandes de prise en charge/suivi en matière de santé mentale.
2. Diagnostic. Ou réévaluation/précision d'un diagnostic antérieur.
3. Orientation : reconnaissance du handicap auprès de la MDPH, suivi psychiatrique au CMP...
4. Suivi psychiatrique : traitement...
5. Prévention des crises.
6. Gestion des crises.
7. Externalisation de l'accueil : en liens avec les deux items précédents, les ESMS ont parfois besoin de mettre en place des séjours séquentiels ou de ruptures en HDJ/HC.
8. Formation du personnel : typologie des troubles, CAT en fonction des situations...

Il est également à noter que les ressources internes des ESMS sont très différentes. Ainsi, la prise en charge en santé mentale fait partie des missions des ESMS médicalisés (compétence ARS) qui disposent en principe de ressources internes (psychologue, IDE, psychiatre). Ce n'est pas le cas des EMS non-médicalisés (compétence CD) et des ES qui sont dans l'obligation de systématiquement mettre en place des relais extérieurs. Le public résidant en EMS non-médicalisé a cependant déjà fait l'objet d'un diagnostic (*au moins à l'occasion de la notification MDPH*), ce qui n'est pas le cas du public accueilli en ES qui est donc le principal public concerné par les démarches « d'aller vers » et de diagnostic.

⇒ **L'annexe 1 ci-jointe présente un projet de typologie par ESMS des besoins en matière de prise en charge en santé mentale.**

Remarque :

1. La formation et la gestion des crises font l'objet de réflexion dans le cadre des fiches A1 et C2 et ne seront donc pas développées ici.
2. En pratique, les ESMS médicalisés rencontrent des difficultés à mobiliser des ressources internes en matière de santé mentale du fait de contraintes budgétaires et/ou de difficultés de recrutement. La mise en place de mutualisations inter-établissements, voire la constitution d'une équipe partagée entre ces établissements au moyen d'un GCSMS, pourraient répondre en partie à ces contraintes.

B°) Besoins susceptibles d'être pris en charge par une équipe mobile :

Il semble que les équipes mobiles de psychiatrie constituent le relais adéquat pour répondre aux besoins suivants des structures non médicalisées :

1. Démarche « d'aller vers » des personnes qui présentent des troubles psychiques, mais qui n'expriment cependant pas de demandes de prise en charge/suivi en matière de santé mentale.
2. Diagnostic. Ou réévaluation/précision d'un diagnostic antérieur.
3. Orientation : reconnaissance du handicap auprès de la MDPH, suivi psychiatrique au CMP...
4. Prévention des crises.
5. Pas de formation stricto-sensu, mais accompagnement du personnel des établissements en les associant étroitement aux interventions de l'équipe mobile.

⇒ **L'annexe 1 ci-jointe présente également un projet de typologie des relais extérieurs qui seraient en charge de répondre aux besoins précédemment évoqués.**

II. Evolution des missions des équipes mobiles de psychiatrie :

A°) Situation existante :

Actuellement, une équipe mobile de psychiatrie intersectorielle réalise les missions suivantes :

- De l'aller-vers collectif dans les CHRS et Maison relais sous conventions.
- Des entretiens individuels de diagnostics et d'orientation à l'occasion des temps collectifs, ou sur demande d'un bénéficiaire.
- La modélisation d'un parcours de soins et l'orientation du patient vers le/les service(s) adapté(s).
- Un suivi jusqu'à deux mois après orientation pour vérifier la réussite du parcours de soins.
- Pour les cas individuels, l'équipe mobile ne vient qu'à la demande du bénéficiaire. Un travail d'accroche et d'acceptation doit donc avoir été fait en amont par le travailleur social de l'établissement de suivi, ce qui est jugé difficile et pas entièrement adapté par les établissements sociaux.

Les besoins évoqués précédemment ne sont donc pas tous couverts par cette équipe, qui n'intervient notamment pas pour des situations individuelles sur simple demande des établissements (*pas de démarche « d'aller vers » individuel, il est nécessaire que le bénéficiaire formule lui-même une demande explicite d'entretien*). Par ailleurs, il est à noter que le sud de La Réunion n'est pas couvert par cette équipe.

Aussi il conviendrait de renforcer l'existant, en redéfinissant les missions de cette équipe au regard des besoins évoqués ci-dessus.

B°) Modélisation d'une équipe mobile de psychiatrie de soutien aux ESMS :

1°) Champ d'action :

Au vu des éléments précédents, une EMP aurait donc vocation à intervenir, sauf exceptions, exclusivement dans les établissements sociaux (ES) et les établissements médico-sociaux (EMS) non-médicalisés (champ CD).

Remarque : Au vu de l'objet de la fiche-action C6, la situation des personnes non-accueillies en établissements n'est donc pas envisagée ici.

2°) Modalités de saisine de l'EMP :

Cette EMP interviendrait :

- à la demande des personnes bénéficiaires,
- mais surtout, et c'est le plus important, sur demande des établissements, y compris pour des situations individuelles et en l'absence de demande directe de la personne concernée.

3°) Missions de l'EMP :

1. Démarche « d'aller vers » :

- o Collectif : temps collectifs dans les structures.
- o Individuel : intervention pour des situations individuelles sur demandes des personnes ou des établissements.

2. Diagnostic et réévaluation des diagnostics.
3. Orientation : vers la MDPH pour reconnaissance du handicap, mise en place d'un suivi au CMP, orientation vers une consultation spécialisée...
4. Prévention des crises : intervention et évaluation rapide, notamment sur saisine directe de l'établissement (critères à définir), relais avec la psychiatrie de secteur pour la mise en place de séjours de ruptures/séquentiels en HDJ ou HC...
5. Accompagnement de l'équipe de l'établissement : interventions en présence d'un membre de l'équipe de l'établissement, explication du plan de soins et des relais à mettre en place au référent du bénéficiaire, etc...

Il est à noter que les deux premières missions devraient en priorité concerner les établissements sociaux (cf annexe 1).

4°) Rattachement administratif :

En laissant de côté le paramètre financier, deux options paraissent envisageables en matière de rattachement administratif de cette équipe mobile :

1. Organisation classique, il s'agit d'une EMP sanitaire intersectorielle :
 - o Avantages :
 - Plus cohérent en matière d'organisation générale de la prise en charge en santé mentale.
 - Devrait faciliter le lien avec la psychiatrie de secteur pour la mise en place de suivi au CMP, et surtout l'organisation de séjours de ruptures/séquentiels en HDJ/HC.
 - o Inconvénients :
 - Les CMP risquent de considérer que les EMP sont les interlocuteurs dédiés de ces établissements et qu'ils donc n'ont pas à réaliser de VAD, y compris pour le suivi psychiatrique (risque probablement accentué si ces deux acteurs s'inscrivent dans la psychiatrie de secteur).
2. Rattachement au médico-social par création d'une structure expérimentale, qui aurait donc pour « public cible » des établissements au lieu de s'inscrire dans le système de notifications individuelles de la CDAPH :
 - o Avantages :
 - Pourrait faciliter les liens entre le social et le médico-social et notamment la reconnaissance du Handicap des publics des ES.
 - De manière exceptionnelle, pourrait signer des certificats médicaux pour des hospitalisations sous contraintes.
 - o Inconvénients :
 - Risque de rendre plus complexes les liens avec la psychiatrie sanitaire.
 - Pérennité d'une structure expérimentale MS qui ne s'inscrirait pas dans le système des notifications individuelles de la MDPH/CDAPH ?
 - Brouille en partie les lignes entre MS et sanitaire en matière de prise en charge de la santé mentale.

Typologie des besoins des ESMS en matière de relais extérieurs en psychiatrie/santé mentale

Le tableau ci-dessous a vocation à être une tentative de typologie des besoins de relais extérieurs des EMS en matière de prise en charge en santé mentale.

L'intensité des besoins en relais extérieurs est symbolisé par l'accentuation de la couleur verte des cases.

Les besoins de relais sous la forme d'une équipe mobile sont **mis en évidence en bleu**

Types de besoins	Etablissements médico-sociaux médicalisés (compétence ARS)	Etablissement médico-sociaux <u>non</u> médicalisés (compétence exclusive CD)	Etablissement sociaux (non médicalisés)
Démarche "d'aller vers"	Un diagnostic a déjà été réalisé avant l'admission à l'occasion de la notification MDPH, et la prise en charge psy fait partie des missions de la structure, qui dispose en ppe de ressources internes.	Un diagnostic a déjà été réalisé avant l'admission à l'occasion de la notification MDPH. Une évolution de la situation peut cependant intervenir.	Souvent les troubles psychiques n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic ou d'un suivi, et les personnes ne reconnaissent pas ces troubles.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>Interne</i>	EQUIPE MOBILE	EQUIPE MOBILE
Diagnostic	Un diagnostic a au moins été posé à l'occasion de la notification MDPH, la structure dispose de ressources internes. Néanmoins, il peut parfois y avoir besoin de relais extérieurs pour préciser certains diagnostics.	Parfois à réévaluer, mais un diagnostic a au moins été posé à l'occasion de la notification MDPH.	Souvent aucun élément de diagnostic.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>Interne (+ consultations spécialisées dans certains cas.)</i>	EQUIPE MOBILE <i>(ou CMP si la personne est à même de s'inscrire dans cette démarche)</i>	EQUIPE MOBILE <i>(ou CMP si la personne est à même de s'inscrire dans cette démarche)</i>

Orientation	La prise en charge psy fait partie des missions de la structure, qui dispose de ressources internes à mêmes de procéder aux orientations nécessaires.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>Interne</i>	EQUIPE MOBILE <i>(ou CMP si la personne est à même de s'inscrire dans cette démarche)</i>	EQUIPE MOBILE <i>(ou CMP si la personne est à même de s'inscrire dans cette démarche)</i>
Suivi psy	La prise en charge psy fait partie des missions de la structure, qui dispose en ppe de ressources internes.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>Interne + possibilité d'organiser relais extérieurs selon situations</i>	<i>CMP ou psychiatrie libérale IDE/SSIAD pour médicaments</i>	<i>CMP ou psychiatrie libérale IDE/SSIAD pour médicaments</i>
Prévention des crises	La prise en charge psy fait partie des missions de la structure, qui dispose en ppe de ressources internes.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>Interne + possibilité d'organiser relais extérieurs selon situations</i>	EQUIPE MOBILE	EQUIPE MOBILE
Gestion des crises	La prise en charge psy fait partie des missions de la structure, qui dispose en ppe de ressources internes.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.	L'établissement ne dispose pas de ressources internes spécialisées.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>Interne + circuit de l'urgence psychiatrique si maintien dans l'établissement impossible (voir FA C2)</i>	<i>Circuit de l'urgence psychiatrique si maintien dans l'établissement impossible (voir FA C2)</i>	<i>Circuit de l'urgence psychiatrique si maintien dans l'établissement impossible (voir FA C2)</i>
Externalisation (Séjours de rupture)	Besoin de relais extérieurs, notamment dans le champ sanitaire dans certaines situations de crise et préventions de crises.	Besoin de relais extérieurs, notamment dans le champ sanitaire dans certaines situations de crise et préventions de crises.	Besoin de relais extérieurs, notamment dans le champ sanitaire dans certaines situations de crise et prévention de crises.
<i>Premier relais à mobiliser :</i>	<i>HDJ ou HC de psychiatrie</i>	<i>HDJ ou HC de psychiatrie (éventuellement en lien avec l'équipe mobile pour la prévention des crises)</i>	<i>HDJ ou HC de psychiatrie (éventuellement en lien avec l'équipe mobile pour la prévention des crises)</i>

Développement des prises en charge séquentielles / séjours de répit

Lors des échanges au sein du groupe C6, certains constats ont été faits au sujet du public en situation de handicap psychique.

Il s'agit d'un public souvent à la frontière des 3 secteurs, sanitaire, médico-social et social. Pourtant, quand une prise en charge a commencé dans un secteur, elle se poursuit souvent uniquement dans ce secteur, sans s'appuyer sur les offres de service proposées par les autres.

Or, certaines personnes prises en charge bénéficieraient grandement d'une organisation beaucoup plus souple permettant d'alterner les prises en charges.

Deux types de dispositifs sont à développer :

- Les prises en charge séquentielles ;
- Les séjours de répit.

I. Les prises en charge séquentielles

Certaines personnes ayant des troubles psychiques ou associant déficience intellectuelle et troubles psychiques bénéficieraient de temps de prise en charge partagés hôpital de jour psychiatrique et semi-internat en ES ou ESMS.

De la même manière, des travailleurs d'ESAT en difficulté pourraient diminuer leur temps de travail au profit d'une participation à certaines activités en hôpital de jour ou en CATTP.

L'idée est de dire que les besoins d'une personne ne peuvent pas toujours être couverts par une seule structure de prise en charge. Un hôpital de jour en psychiatrie saura gérer les troubles psychiatriques, beaucoup moins les difficultés de communication et de comportement dus à une déficience intellectuelle.

Inversement, un établissement médico-social ne peut pas toujours répondre au volet psychiatrique de la prise en charge.

Dans ce cas, la meilleure réponse à apporter, en adéquation avec les besoins de la personne, est une prise en charge partagée entre les deux types d'établissements.

La prise en charge doit être définie en fonction des besoins de la personne. Il peut s'agir d'une journée par semaine, de deux ...

Freins évoqués :

- La notification MDPH est souvent évoquée comme étant un frein au développement de ce type de dispositif. Néanmoins, il apparaît que la plupart des projets explicitant le projet et le pourquoi de la demande trouvent une réponse favorable.
- Les projets de prise en charge séquentielle ont un impact sur les taux d'occupation. Cependant, la plupart des établissements sont financés sous forme de dotations globales de fonctionnement (l'activité n'a donc pas d'impact sur le financement).

Par ailleurs, les jours où un usager est en hôpital de jour, il est tout à fait envisageable que l'établissement ouvre ses portes à une personne sur liste d'attente (ce qui limitera l'impact sur le taux d'occupation).

II. Les séjours de répit

Les personnes souffrant de troubles psychiques dans les ES ou ESMS ont parfois besoin de séjours de rupture pour éviter une décompensation brutale et une prise en charge en urgence.

Deux modalités sont à étudier :

- 1) Les séjours de rupture dans un service de psychiatrie active afin de travailler sur l'adaptation des traitements ;
- 2) Des transferts entre établissements d'une même association, le changement d'environnement permettant parfois d'atténuer des troubles en devenir.

A priori, il n'y a pas de difficultés administratives particulières. Ces séjours peuvent être organisés par voie de convention, précisant les modalités d'accueil des personnes et les conditions de retour. En fonction de la durée prévisionnelle du séjour, une autre personne peut éventuellement être accueillie de manière temporaire (à préciser dans le contrat de séjour).

Glossaire

CHAU	Centre d'Hébergement et d'Accueil d'Urgence
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMP	Centre Médico-Psychologique
EMS-ESMS	Etablissement Médico-Social / Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux
EMSP	Equipe Mobile Spécialisée en Psychiatrie
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPSMR	Etablissement Public de Santé Mentale de la Réunion
ES	Etablissement Social
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FAO	Foyer d'Accueil Occupationnel
FH	Foyer d'hébergement
FHTH	Foyer d'Hébergement pour Travailleurs Handicapés
FV	Foyer de Vie
IME	Institut Médico-Educatif
IMPRO	Institut Médico-PROfessionnel
IMS	Institut Médico-Social
LHSS	Lits Halte-Soins-Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PHP-PHPSY	Personne Handicapées PSYchiques
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation

Liste des participants du groupe C6

- BRASSOUD Yann, FF Cadre socio-éducatif, EPSMR
- CHRETIEN Jean-François, Cadre de santé - APAJH Maison Pierre Lagourgue
- GALLINARO Danièle, Directrice - CREAM-OI
- DELWART Nicolas, Psychologue - ASFA
- KOWALCZYK Christine, Docteur
- MACHET Eléna, Unité de liaison médico-sociale - EPSMR
- HERIBERT-LAUBRIAT Cyril, Responsable secteur PH, ARS-OI
- HERIBERT-LAUBRIAT Manon, Inspectrice - DJSCS
- HUREAUX Dominique, Directeur - Allons Déor
- VERNET Julien, Conseiller technique - CREAM-OI
- LELOUP Loïc, Responsable d'unité - Intégration et lutte contre la pauvreté DJSCS
- GUIRIEC Marc, Président - GEM Passerelle
- OGNARD Elodie, Présidente - URPS Médecin
- ZALHATA Halima, Chef de service - FAM St-François Alice Verdin

