

FICHE N° 1 : COMMENT IDENTIFIER LES RESSOURCES SOCIALES ET INSTITUTIONNELLES DU TERRITOIRE

Une fois réaffirmé l'objectif principal, lors d'une hospitalisation, du retour et du maintien de la personne en milieu ordinaire à des conditions acceptables, supportables et respectueuses pour les personnes elles-mêmes et leur entourage / environnement, il est utile de pouvoir envisager un ensemble de possibilités, donc de posséder une connaissance des divers dispositifs d'accueil, notamment dans les champs social et médico-social.

La question de son logement doit donc se poser dès l'arrivée de la personne à l'hôpital, déclenchant le cas échéant les démarches de recherche ou de préservation. Cette perspective n'est envisageable dans les situations difficiles que si la perspective de poursuite des soins intensifs en ambulatoire est possible et donc de la capacité des équipes soignantes à se rendre très disponibles. Comme pour les places dans les établissements spécialisés, la recherche de logement et d'hébergement doit faire partie du partenariat stratégique avec les bailleurs.

LES STRUCTURES SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

Certains établissements et services sociaux et médico-sociaux sont bien connus des équipes psychiatriques : MAS, FAM, Foyer de vie, CHRS... D'autres le sont beaucoup moins. Or, il est utile, pour analyser les ressources institutionnelles sur un territoire donné et établir les contacts nécessaires à la réalisation des projets, de prendre en compte l'éventail complet des possibilités. Cela peut se faire, dans un premier temps, en référence à l'article 15 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹

ART L 312-1	INTITULÉS DES ETABLISSEMENTS ET DES SERVICES	CHAMP DE COMPÉTENCES
I - 1°	Établissements et services de l'aide sociale à l'enfance (Ase) : prévention, foyer de l'enfance, établissement maternel	Conseil Général
I - 2°	Établissements de l'enfance handicapée et inadaptée : CMPP - IME - IMP - IMPRO - ITEP – SESSAD *	État
I - 3°	Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	ARS et Conseil Général
I - 4°	Établissements et services mettant en oeuvre les mesures ordonnées par l'autorité judiciaire au titre de l'enfance délinquante ou des articles 375 sq. Du code civil : AEMO, CER, MECS, PFS	État pour la PJJ État et/ou Conseil Général pour le secteur associatif
I - 5°	a) Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) b) Centres de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle	ARS
I - 6°	Établissements et services pour personnes âgées :	
	EHPA - Foyers logements - SAAD	Conseil Général
	EHPAD - SPASAD	ARS / Conseil Général
	SSIAD	ARS
I - 7°	Établissements et services pour personnes handicapées :	
	Foyers de vie – foyers d'hébergement – SAVS - SAAD	Conseil Général
	FAM – SAMSAH	ARS / Conseil Général
	MAS - SSIAD	ARS

¹ Devenu article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

I - 8°	CHRS, Centres d'hébergement d'urgence (CHU), Centres d'adaptation à la vie active (CAVA) 2	DRJSCS
I - 9°	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), appartements de coordination thérapeutique (ACT)	ARS
I - 10°	Foyers de jeunes travailleurs (FJT)	DRJSCS
I - 11°	Centres de ressources, centres d'information et de coordination (CLIC), centres prestataires de services de proximité, pour des actions de dépistage, d'aide, de conseil aux usagers	État et Conseil Général
I - 12°	Établissements ou services à caractère expérimental	État et Conseil Général
III	Lieux de vie non traditionnels	État et/ou Conseil Général

En ce qui concerne les services, les décrets du 25 juin 2004 et du 11 mars 2005 distinguent les interventions au domicile des personnes et celles se déroulant en milieu social ordinaire pour accompagner des personnes dans des démarches, y compris auprès d'autres services sociaux ou médico-sociaux :

Services à domicile	Services en milieu ouvert
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile, pour les enfants	SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale (équipe socio-éducative pluridisciplinaire réalisant un accompagnement non médicalisé, incluant le cas échéant une aide à l'intégration scolaire, universitaire et professionnelle)
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile (équipe paramédicale coordonnée par une infirmière)	SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAVS + soins ambulatoires).
SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile (prestations de services ménagers et d'aide non médicalisées), qui équivaut aux anciens services « d'aide-ménagère »	
SSPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SSIAD + SAAD).	

On ajoutera à cette énumération les Maisons Relais-Pensions de famille³ qui accueillent, notamment, des personnes à faible niveau de ressources et/ou sortant de situations particulièrement difficiles, et dont la situation sociale, psychologique, voire psychiatrique, ne leur permet pas d'accéder rapidement à un logement ordinaire. Le Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 12 juin 2006 a prolongé cette initiative en impulsant l'expérimentation de Maisons Relais dédiées à des personnes relevant plus spécifiquement du « handicap psychique », sous l'appellation « Résidences d'accueil ».

Par ailleurs, il existe de multiples formes de logement « accompagné » qui, sous des appellations et avec des modalités variées d'adaptation et de partenariats (appartements associatifs, familles gouvernantes, par exemple), permettent aux personnes d'accéder et de se maintenir dans un logement où elles peuvent être soignées et accompagnées selon leurs besoins.

Il importe enfin de citer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ; créés par la loi du 11 février 2005, ce ne sont pas des structures sociales ou médico-sociales, mais des associations de personnes en difficulté psychique, à but d'entraide pour

² Sur toutes les structures existantes en matière d'hébergement, cf. « Les hébergements des patients psychiatriques », La Lettre de la MNASM, *Pluriels*, n° 65, février 2007. Pour les sigles et les définitions, voir notamment : Marcel Jaeger, *Guide du secteur social et médico-social*, 7^e édition, Dunod, 2009.

³ Créées en 2002 et renforcées par la loi de programmation sur la cohésion sociale du 18 janvier 2005, les Maisons Relais relèvent non du secteur social et médico-social mais du secteur du logement et, plus particulièrement, de l'article L. 301-1 du code de la construction et de l'habitation.

la lutte contre l'isolement et la citoyenneté.

SOURCES D'INFORMATION ET DE DOCUMENTATION

- On trouvera des informations sur les missions et modalités de fonctionnement de ces structures et services ainsi que sur des structures existantes dans la région auprès des organismes suivants : Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI), Unions régionales interfédérales des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (URIOPSS)...
Par ailleurs, l'UNAFAM a réalisé un répertoire des structures sociales et médico-sociales destiné aux personnes avec handicap psychique, disponible par région et par département sur son site internet : www.unafam.org
- Outils de planification : la loi HPST a fait introduire de nouveaux dispositifs de planification régionale en santé. Le projet régional de santé, constitué d'un plan stratégique régional de santé, du schéma régional de prévention, du schéma régional et interrégional d'organisation des soins, du schéma régional d'organisation médico-sociale et de programmes obligatoires (articles R1434-1 et suivants du code de la santé publique) est arrêté par le Directeur général de l'ARS. Le PRS doit définir les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans les domaines de compétence qui sont les siens. Le PRS s'appuiera notamment sur 5 domaines stratégiques identifiés au niveau national, dont la santé mentale est un des domaines. Il a vocation à définir les objectifs d'organisation en santé dans la région. Pour cela, les ARS seront amenées à réaliser des diagnostics en région et territoriaux sur des problématiques transversales et spécifiques.
- Autres outils documentaires (outre les nombreuses sources informatiques disponibles) : la base de données du Dispositif public régional au service des professionnels et des institutions en charge d'enfants et d'adolescents en difficulté (DERPAD), le Guide Néret pour les personnes handicapées (Groupe Liaisons), l'annuaire de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale (FNARS), le Répertoire des structures intermédiaires de l'ASEPSI...

Une fois l'identification faite des structures sociales et médico-sociales, il est possible d'établir une cartographie permettant de mieux visualiser les possibilités de recours à des alternatives à l'hospitalisation dans un territoire donné⁴.

⁴ Exemple : DDASS de Seine-Maritime, DRASS de Haute-Normandie, ARH de Haute-Normandie, *Projet de territoire relatif au handicap psychique, arrondissement du Havre*, octobre 2006.

FICHE N° 2 : COMMENT EVALUER LA COMPLEXITE DES SITUATIONS SOUS L'ANGLE DE LA VULNERABILITE

Cette fiche a pour objectif de fournir un cadre précis de réflexion commune mais sans préconisations quant à la conduite à tenir par les acteurs. C'est un outil de diagnostic partagé sur les situations individuelles.

Son utilisation est collective : en équipe lors des synthèses ou groupes d'analyse des pratiques ; avec les partenaires lors des réunions de concertation pluri-professionnelle (en présence des pivots de prise en charge impliqués dans le suivi des personnes).

L'approche qualitative des situations individuelles à partir de la vulnérabilité présente l'intérêt de penser celles-ci sous un angle dynamique et contextuel. Par ce biais, les équipes s'intéressent à l'évolution et à la variabilité de la pathologie et de ses conséquences, et surtout aux leviers possibles pour améliorer la situation de la personne.

Le tableau de synthèse proposé en fin de fiche contribue à cette vision partagée des problèmes et donc à l'anticipation/prévention collective des risques de spirale négative dans laquelle la personne pourrait être entraînée compte tenu de l'intrication des différents facteurs de vulnérabilité.

APPRÉHENDER LA SITUATION DES PERSONNES SELON LES NIVEAUX DE VULNÉRABILITÉ

La complexité de la situation de vie d'une personne présentant des troubles graves de santé mentale articule trois niveaux de vulnérabilité : psychique, somatique et sociale, selon le schéma suivant :

Vulnérabilité psychique :

- Lors des synthèses internes au service, évaluer et actualiser l'évaluation clinique des troubles et leurs critères de variabilité/aggravation.
- Au moins une fois dans l'année, à l'occasion de la constitution/renouvellement du dossier MDPH, solliciter les partenaires pertinents pour évaluer le degré et les spécificités du handicap de la personne et les moyens humains, techniques et financiers utiles.
- Impliquer les proches dans cette démarche.

Vulnérabilité somatique :

- Identifier et traiter les problèmes somatiques comme facteurs potentiels de modification de l'état de santé, des capacités et de l'évolution des troubles de la personne
- Proposer et organiser un bilan somatique complet lors de l'admission ou en routine au cours de la prise en charge
- Effectuer un suivi des facteurs de risques somatiques et des comorbidités.
- Mettre en place des relations fonctionnelles et régulières avec les professionnels et services de santé de première ligne dont le médecin traitant de la personne.
- Impliquer les proches dans cette démarche.

Vulnérabilité sociale :

- Proposer et organiser une évaluation sociale à l'admission et en routine au cours de la prise en charge afin de garantir l'accès aux droits sociaux.
- S'appuyer, autant que faire se peut, sur les services sociaux communaux ou des organismes chargés de l'insertion sociale, professionnelle et du logement.
- Impliquer les proches dans cette démarche.

MESURER LES RISQUES ET CONSÉQUENCES DE LA VULNÉRABILITÉ SUR L'ÉVOLUTION DE LA PATHOLOGIE ET DU HANDICAP

- Le croisement de ces trois niveaux de vulnérabilité nécessite un travail d'équipe et vers les partenaires impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement de la personne.
- L'évaluation des risques et conséquences de la vulnérabilité est déterminée, sous forme d'hypothèses cliniques et sociales, dans le cadre du projet de soins et de vie. Ces hypothèses sont directement liées aux conséquences

pratiques et réelles de la vulnérabilité sur l'évolution de la personne.

- L'acceptabilité par la personne et son entourage de ces hypothèses doit être, autant que faire se peut, favorisée et organisée dans le cadre de la prise en charge de la personne.
- Déterminer les actions à mettre en œuvre permettant d'optimiser le pronostic d'évolution le plus favorable et limiter l'impact sur l'entourage (fardeau, stress, rupture des liens...etc.).

ÉVALUER LES RISQUES DE DESAFFILIATION⁵

Nous connaissons bien ces situations en psychiatrie, lorsque des parcours de vie sont peu à peu brisés par l'épreuve de la maladie.

Le tableau de synthèse ci-dessous permet d'évaluer la dynamique des trajectoires de vie des personnes et de construire les hypothèses cliniques et sociales pour résoudre les problèmes ensemble. Adaptée à partir de la CIF-OMS, l'usage de cette grille matricielle est également un préalable utile à l'élaboration du dossier MDPH et au plan de compensation du handicap (grille GEVA) :

	3 niveaux de risques de vulnérabilité		
	Vulnérabilité faible	Vulnérabilité croissante	Vulnérabilité forte
Différents domaines de la vie quotidienne			
Santé	<i>Bonne santé globale et pathologie stabilisée</i> <i>Continuité/intensité des soins adaptés à l'état de santé</i>	<i>État de santé stabilisé avec phases possibles de rechute</i> <i>Diminution de la compliance au traitement/suivi</i> <i>Étendue et intensité des soins insuffisante</i>	<i>État de santé dégradé</i> <i>Rechutes fréquentes et sévères</i> <i>Absence ou discontinuité forte des soins et du suivi</i>
Travail	<i>Emploi/activité professionnelle stable ou processus d'insertion professionnelle en cours</i>	<i>Alternance de phases d'activité et d'arrêts</i>	<i>Pas ou plus d'activité/emploi possible</i>
Logement	<i>Logement autonome, stable et adapté aux capacités de la personne</i>	<i>Pas de maintien dans le logement sans aide quotidienne</i>	<i>Logement inadapté, précaire ou sans logement</i>
Revenus	<i>Revenus stables et suffisants pour faire face aux besoins de vie</i>	<i>Revenus insuffisants et peu sécurisés dans la durée</i>	<i>Pas de revenus directs</i> <i>Recours à l'aide sociale</i>
Droits sociaux	<i>Exercice effectif des droits sociaux</i> <i>Participation sociale</i>	<i>Faible connaissance et accès aux droits sociaux</i>	<i>Rupture d'accès aux droits</i> <i>Participation sociale</i>

⁵ « il y a risque de désaffiliation lorsque l'ensemble des relations de proximité qu'entretient un individu sur la base de son inscription territoriale, qui est aussi son inscription familiale et sociale, se trouve en défaut pour garantir ses conditions d'existence et pour assurer sa protection ». cf. Robert Castel R (1995) : *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard Éd, Paris, [p.52 et suivantes].

	<i>importante</i>	<i>Participation sociale irrégulière et réduite</i>	<i>impossible ou inexistante</i>
Ressources et soutien dans l'environnement			
Famille	<i>Liens forts et réguliers avec sa famille</i>	<i>Liens fragiles et aléatoires avec la famille</i>	<i>Plus de lien fonctionnel avec la famille</i>
Entourage et amis	<i>Relations amicales existantes et conférant des opportunités effectives de relations et activités sociales</i>	<i>Peu de relations amicales Relations et activités sociales fluctuantes</i>	<i>La personne est totalement isolée de ses proches Absence de participation sociale</i>
Relations de voisinage/environnement sociale	<i>Peu de problème de voisinage et de relations à l'environnement de vie quotidienne</i>	<i>Difficultés à gérer les situations conflictuelles avec l'environnement Incapacité relative à gérer l'informel et l'inattendu</i>	<i>Incapacité à gérer les relations informelles et les conflits</i>
Réseau social	<i>Actif dans le maintien et l'extension du réseau relationnel Nombreuses relations sociales structurées et étendues en dehors de la famille et des proches</i>	<i>Le réseau social se restreint Faible propension à entretenir le réseau de connaissances personnelles</i>	<i>Pas ou plus de réseau social Passivité forte face aux sollicitations voire rupture active des liens</i>
Conséquences de la pathologie			
Intensité des troubles	<i>Légère à modérée</i>	<i>Modérée</i>	<i>Troubles graves et persistants</i>
Stabilité des troubles	<i>Stable</i>	<i>Stable avec risque d'instabilité fréquente</i>	<i>Durablement instable avec urgences fréquentes</i>
Autonomie	<i>Importante</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Faible</i>
Capacité à faire face à sa maladie	<i>Forte</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Faible</i>
Risques de désaffiliation	Inexistants ou faibles	Faibles à modérés	Avérés et récurrents

FICHE N° 3 : COMMENT RENFORCER LES COMPETENCES EN COORDINATION DE PARCOURS

L'objectif de cette fiche est de fournir les informations utiles sur le modèle et les formes du case management en santé mentale tel qu'ils existent au niveau international, compte tenu du recours de plus en plus fréquent à ce concept et de l'intérêt de son adaptation au contexte français. Son usage pourrait être orienté vers la valorisation des savoir-faire des professionnels de terrain à partir des compétences actuelles des équipes dans le domaine de la coordination des parcours de soins et de l'accompagnement global des personnes.

Cette fiche expose également les limites des différentes formes de case management en santé mentale afin que son développement en France puisse tenir compte des données existantes.

LE CONTEXTE

Le *case-management* est un modèle d'intervention clinique et organisationnelle développé au Québec, aux États-Unis et en Grande-Bretagne. Il propose un cadre de référence clinique à la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques en santé mentale. La philosophie de l'intervention vise à favoriser, pour l'utilisateur, un accompagnement global et progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration constante avec ses proches et l'environnement.

Dans le contexte français, il existe déjà des formes apparentées de case management dans les pratiques de secteur, qu'il s'agisse des pratiques infirmières ou des travailleurs sociaux. Les fonctions de coordonnateur des soins, de parcours/projet sont des notions inscrites dans les discours et les pratiques professionnelles mais, également, dans les recommandations. On peut traduire ce terme par « *coordonnateur ou référent de parcours* » ou « *intervenant-pivot* »⁶ :

LES OBJECTIFS DE LA COORDINATION DE PARCOURS

Le case-management est le « processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacités psychiatriques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire d'une façon à la fois efficace et efficiente leurs besoins multiples et complexes »⁷. Le but de cette coordination est de favoriser l'accessibilité et la continuité des soins. Mais le case-management ne se résume pas à la rationalisation du parcours de soins par la gestion du dossier de l'utilisateur et à l'utilisation des ressources du système de santé.

On peut définir les principaux rôles et responsabilités du *coordonnateur de parcours*

- établir un lien de confiance avec la personne ;
- évaluer les besoins de la personne, en particulier au regard de son état mental, et dans une perspective globale (condition socio-économique, santé physique, satisfaction des besoins de base, etc.) ;
- élaborer, en concertation avec elle, un plan d'intervention individualisé ;
- dispenser des actions d'éducation, de traitement, de réadaptation, d'intégration sociale, de soutien et d'information ;
- travailler en étroite collaboration avec les partenaires pour que ceux-ci contribuent à répondre aux besoins de la personne (soins partagés, interdisciplinarité) ;
- coordonner les services requis auprès du médecin traitant, des parents et proches, des institutions et des associations ;
- prendre les mesures indiquées pour s'assurer de sa sécurité et de celle de son environnement, lorsque la personne présente un potentiel de dangerosité associé à son état mental.

⁶ Plan Santé mentale du Québec « La Force des liens ».

⁷ CORRIGAN et al., *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: an Empirical Approach*, Guilford Press, 2008.

LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE CASE MANAGEMENT EN SANTÉ MENTALE

Il existe quatre modèles de case-management qui s'articulent autour des fonctions suivantes : évaluation, planification, liaison, suivi, lutte contre la stigmatisation⁸.

Le case management de courtage

Il consiste à mettre en relation l'utilisateur avec le service adapté en fonction du besoin repéré. Pris isolément, ce type d'intervention est généralement considéré comme inefficace. Il est attractif par son faible coût rapporté au nombre de situations gérées par le *case manager*. Mais, en fait, c'est un modèle qui ne permet pas de véritable intégration clinique et organisationnelle entre les différentes interventions et génère de la perte de temps et un nombre important de « perdus de vue ».

Le case management clinique

Il fait appel à un *case-manager* par ailleurs clinicien. Il s'agit, dans ce cas, d'une forme mixte de *case management* qui cumule les fonctions de liaison/coordination et l'intervention clinique auprès de la personne. Ce modèle est généralement observé dans l'organisation du secteur psychiatrique en France, avec le système « d'infirmier référent ». Le professionnel accompagne l'utilisateur dans une relation stable et durable, acceptée par la personne. Ce modèle est assez adapté pour des personnes présentant des troubles importants avec des difficultés de compliance mais son efficacité s'avère limitée du fait du peu d'intérêt des cliniciens pour les activités de coordination. Les professionnels sont en difficultés pour articuler leurs actions de soin au patient et les actions de coordination du parcours. En pratique, cette forme de case management reste le plus souvent centrée sur les soins délivrés dans le service et peu intégrée au milieu de vie ordinaire de la personne et aux ressources extérieures.

Le case management de réadaptation

Il consiste à organiser l'intervention clinique en se centrant sur des objectifs de réadaptation dans le milieu. La démarche est articulée sur trois temps avec la participation directe et continue de la personne : l'évaluation fonctionnelle de la personne, la définition d'objectifs de réadaptation, l'éducation et le soutien de la personne dans les habiletés qui lui sont nécessaires.

Le case management fondé sur le concept des forces personnelles⁹

Proche du modèle de réadaptation, il s'appuie sur les capacités de la personne et s'attache à renforcer ses habiletés dans son environnement naturel envisagé comme lieu ressource. Quel que soit le niveau de sévérité des symptômes ou d'incapacités, le case manager se déplace vers l'utilisateur et accompagne le processus de changement.

LES RÉSULTATS ET LIMITES DU CASE MANAGEMENT

En 2004, la méta-analyse publiée dans la revue *Cochrane*¹⁰ met en évidence des résultats significatifs sur l'amélioration du maintien du contact avec les services ressources pour les usagers bénéficiant d'un accompagnement de type *case management*. Il a été montré que ce type d'intervention limite les décompensations fortuites, améliore l'observance, diminue le nombre et la fréquence des ré-hospitalisations et réduit la durée moyenne de séjour. Le nombre d'admissions à l'hôpital reste important, mais en dehors du circuit de l'urgence et avec une durée moyenne de séjour diminuée. Les modèles de *case management* de suivi intensif pour lesquels une équipe dédiée opère sur l'ensemble du

⁸ PETITQUEUX-GLASER C, GOZLAN G., ACEF S., « *Case management : accompagnement du patient et continuité des soins* ». Soins Psychiatrie, n° 265, novembre/décembre 2009, [p.18-21].

PETITQUEUX-GLASER C, GOZLAN G., ACEF S., « *Case Management, quelles compétences pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ?* », Revue Vie Sociale, « *Coopérer, coordonner* » nouveaux enjeux », Cédias, n°1/2010.

⁹ RAPP C, GOSCHA R, *The Strengths Model: Case-Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd Ed., Oxford, 2006.

¹⁰ MARSHALL M, GRAY A, LOCKWOOD A, GREEN R, *Case Management for people with severe mental disorders*, The Cochrane library, Issue 4, 2004.

processus s'avèrent les plus efficaces et apportent des résultats significatifs sur la diminution des « perdus de vue », la diminution du recours à l'hospitalisation dans le cadre de l'urgence, une nette amélioration du fonctionnement global des usagers, la diminution de la consommation des produits psycho-actifs, la stabilité résidentielle et l'implication efficace des aidants naturels.

Au même titre que toutes les prises en charge, le *case management* en tant qu'intervention ambulatoire à domicile, nécessite une réflexion sur l'éthique et la liberté des personnes qui peuvent ressentir le même niveau de coercition aux soins qu'en milieu institutionnel.

Cependant ces différentes formes de case management atteignent leur limite concernant les 10 à 20% des personnes présentant une mauvaise compliance, la présence de comorbidités (addictions) entraînant des réhospitalisations fréquentes, des difficultés sociales importantes et un nomadisme médical. Les besoins de ces personnes sont complexes sur le long terme et la personne reste durablement peu demandeuse. Ce type de situation nécessite l'intervention d'une équipe multidisciplinaire dédiée qui assure la totalité des prestations de soutien et de traitement (suivi intensif dans la communauté). Les interventions, souvent non souhaitées par l'utilisateur, nécessitent d'aller à sa rencontre, au plus proche de son environnement de vie au quotidien.

LES INTERVENTIONS POSSIBLES EN COORDINATION DE PARCOURS

	Soutien	Traitement	Réadaptation	Développement du potentiel
Objectifs	La satisfaction des besoins fondamentaux de la vie quotidienne	La réduction des symptômes	Développement d'habiletés et soutien dans un environnement de vie adapté	La satisfaction et l'estime de soi
Typologie des actions menées	Revenus Hébergement Nourriture Soins médicaux Sécurité physique Protection des droits civiques	Gestion des situations de crise Accès au diagnostic Suivi psychothérapeutique Compliance au traitement Modification du comportement	Établir un objectif global Évaluation fonctionnelle Évaluation des ressources Planification du PSI Ré-apprentissage des habiletés psychosociales Accompagnement dans l'environnement de vie	Socialisation Activités de loisirs/ temps libre Promotion de la santé Retour aux études Retour au travail
Finalité	Maintien du niveau minimal d'accès aux besoins fondamentaux	Stabilisation de l'état de santé Qualité de vie	Accès à un rôle valorisé socialement	Enrichissement personnel

FICHE N° 4 : COMMENT ÉVALUER LES BESOINS DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

L'apport des équipes de psychiatrie à l'évaluation des besoins d'aide et de soins des personnes handicapées en raison de troubles psychiques est indispensable. Pour une contribution la plus utile et la plus complète dans l'intérêt de chaque personne, il est important qu'elles puissent en comprendre la finalité et qu'elles aient connaissance de la méthode et des outils utilisés par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) pour l'évaluation du handicap et l'élaboration des plans de compensation: en particulier, le certificat médical qui doit faire apparaître toutes les conséquences de la pathologie, et le guide d'évaluation (GÉVA) qui vise à mettre en évidence les besoins de compensation de la personne.

LES DEUX NOTIONS CLÉS POUR L'ÉVALUATION DU HANDICAP**LA DÉFINITION LÉGALE DU HANDICAP**

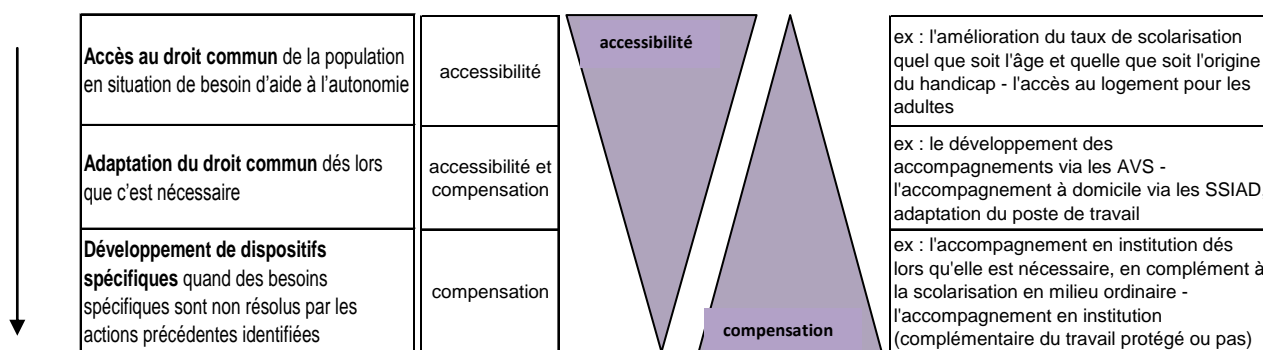
La loi du 11 février 2005 a donné une définition légale au handicap qui invite à une approche situationnelle, interactive et dynamique telle que cela prévaut désormais au niveau international. Cette définition replace les activités et la participation de la personne à la vie en société au centre de la notion de handicap. Ainsi, la déficience (ou altération de fonction) de quelque type qu'elle soit, n'est que l'une des origines de cette situation de handicap, elle ne peut à elle seule la résumer. Le rôle de l'environnement comme facilitateur ou obstacle aux activités et à la participation est pleinement intégré à la genèse d'une situation de handicap. Cela signifie qu'à déficience(s) égale(s), il est logique qu'on ne constate pas le même niveau de limitations dans la vie quotidienne, en fonction des environnements dans lesquels celle-ci se déroule.

Cette définition fait ainsi explicitement référence aux concepts développés dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), qui introduit aussi une notion fondamentale pour l'approche des handicaps d'origine psychique : la distinction entre la « capacité » de la personne et la « performance » (ce qu'elle réalise dans son environnement réel).

LA NOTION DE « DROIT À COMPENSATION »

Cette notion doit être entendue au sens large. Elle ne se résume pas à la seule prestation de compensation, qui n'est qu'un moyen, parmi d'autres, d'apporter des réponses aux besoins des personnes handicapées. Ce droit porte aussi bien sur la mobilisation de leviers du droit commun (accès à un logement social adapté, soutien au sein de l'école ou de l'université pour l'accès au savoir, aménagement de postes au sein de l'entreprise), que sur les réponses institutionnelles de type établissement d'accueil, hébergement, ou services d'accompagnement.

Subsidiarité droit commun-adaptation du droit commun-dispositifs spécifiques dans le champ médico-social



*source Guide méthodologique pour l'élaboration du Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale V1 (SROMS) - DGCS CNSA, bientôt en ligne sur le site du ministère et de la CNSA

Les MDPH sont chargées d'évaluer les besoins de compensation de chaque personne dans le but de concrétiser un « plan personnalisé de compensation » au regard des attentes et souhaits que celle-ci formule dans son « projet de vie », doivent être dotées de méthodes et d'outils adaptés à ces notions complexes. Le certificat médical et le GEVA sont leurs outils fondamentaux.

LE CERTIFICAT MÉDICAL : FAIRE APPARAÎTRE TOUTES LES CONSÉQUENCES DE LA PATHOLOGIE SUR LA VIE DE LA PERSONNE

Pour rassembler toutes les informations pertinentes et construire une évaluation appropriée, les équipes pluridisciplinaires des MDPH s'appuient en premier lieu sur les données issues du certificat médical.

En effet il s'agit d'une pièce obligatoire que la personne doit fournir à l'appui de toute demande présentée à la MDPH.

Les praticiens ont souvent fait part de difficultés à remplir les anciens certificats destinés aux COTOREP (pour les adultes) ou aux CDES (pour les enfants) ; de leur côté, les équipes de ces anciennes commissions constataient l'insuffisance des informations pertinentes sur la situation des personnes. Les indications portant sur la pathologie, son traitement et son évolution ne sont en effet pas suffisantes : ce sont les retentissements sur la vie quotidienne de la personne, et les interactions avec l'environnement dans lequel elle vit, qui vont devoir être analysés en vue de l'élaboration d'un plan de compensation.

Pour mieux répondre à son objet, le modèle réglementaire du certificat médical a donc été récemment modifié (publication au BO santé-protection sociale-solidarités du 15 mai 2009).

Ce nouveau certificat comporte quatre parties :

- La description des éléments de la pathologie et de tous les symptômes retentissant de façon notable sur la situation de handicap (sans oublier la douleur, l'asthénie, la fatigabilité et tous retentissements psychiques...)
- La description des conséquences des traitements sur la vie de la personne, en particulier les contraintes liées aux traitements et les effets secondaires, ainsi que des indications sur les conditions d'utilisation et l'observance des traitements.
- La description du retentissement fonctionnel ou relationnel de l'état de santé de la personne sur les divers domaines de ses activités quotidiennes (mobilité, communication, conduite émotionnelle et relationnelle, cognition, entretien personnel, etc.) et de sa vie familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

- Le médecin peut, enfin, faire part de ses préconisations pour les aides à apporter à la personne.

Le certificat s'accompagne d'un guide exposant la finalité de la démarche d'évaluation des besoins de la personne et incite le médecin à préciser tous les éléments permettant d'apprécier le retentissement des problèmes de santé sur la vie de la personne. Il est téléchargeable sur le site du ministère www.sante.gouv.fr ou de la CNSA www.cnsa.fr

LE GÉVA : METTRE EN ÉVIDENCE LE BESOIN D'AIDE DE LA PERSONNE

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GÉVA) vient en appui de l'appréciation individualisée et globale de la situation de la personne, élément fondamental introduit par la loi du 11 février 2005. Il est devenu officiellement l'outil commun des MDPH par la parution de deux textes réglementaires : un décret et un arrêté du 6 février 2008, la parution du second datant du journal officiel du 6 mai 2008.

L'outil GÉVA est un support de la mise en place de l'égalité de traitement des demandes de compensation sur l'ensemble du territoire et de la culture commune autour du handicap, portée par la loi. En effet, si les réponses doivent être adaptées à la situation propre de la personne, les besoins, eux, doivent pouvoir être évalués avec la même attention globale et avec une même méthode, tenant compte à la fois des facteurs personnels (les altérations de fonction) et des facteurs environnementaux (facilitateurs ou obstacles à la réalisation des activités), pour identifier le handicap, c'est à dire selon la définition donnée par la loi : les limitations d'activité et restrictions de participation que la personne subit, compte tenu de son projet de vie.

En outre, le GÉVA permet de "standardiser" l'information recueillie pour l'évaluation. Cela doit permettre une vision longitudinale de la situation de chaque personne dans le temps (son parcours) et, au niveau d'un territoire (départemental ou national), d'obtenir une observation collective des besoins pour l'appui à la définition des politiques publiques, l'élaboration de schémas, la mise en œuvre de programmes répondant aux besoins réels des personnes concernées.

Le GÉVA est donc l'outil méthodologique de référence pour décrire la situation de la personne, analyser avec elle-même et ses proches ce qu'elle peut ou sait faire mais, aussi, ce que son environnement lui permet ou au contraire l'empêche de réaliser dans les différents domaines de vie (entretien personnel, vie quotidienne, mobilité, communication, relations sociales, scolarité, travail ...), en vue d'identifier ses besoins de compensation.

Ni mesure quantifiée du handicap, ni outil d'éligibilité, le GÉVA constitue le support vers cette démarche. Il ne se substitue pas aux bilans ou expertises qui pourraient être réalisés par ailleurs, il les synthétise dans un document unique et commun à toute l'équipe pluridisciplinaire.

Il comporte un premier volet d'identification de la personne, comportant ses souhaits et/ou ceux de son représentant légal, puis 8 volets portant sur les dimensions suivantes ¹¹ :

1	familial, social et budgétaire
2	habitat et cadre de vie
3	parcours de formation et parcours professionnel
4	médical
5	psychologique
6	activités, capacités fonctionnelles ¹²
7	aides mises en œuvre
8	synthèse de l'évaluation.

Le GÉVA se conclut par un volet de synthèse détaillant les points saillants de la situation de la personne repérés

¹¹ Le GÉVA, ainsi que son manuel d'utilisation, sont téléchargeables sur le site de la CNSA : www.cnsa.fr

¹² Chaque domaine de vie comporte une liste d'activités, et, pour chacune, il s'agit d'observer le niveau de difficulté et le besoin d'aide de la personne ainsi que les facilitateurs comme les obstacles qu'elle rencontre dans son environnement.

pendant l'évaluation, les éléments nécessaires pour apprécier l'éligibilité aux principales prestations et, surtout, l'identification des besoins de compensation. Et c'est sur cette base que des réponses sont proposées à la personne par l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre du plan personnalisé de compensation.

L'EXPÉRIMENTATION D'ÉQUIPES SPÉCIALISÉES DANS L'ÉVALUATION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Le concept d'équipe spécialisée pour l'évaluation du handicap psychique (ESEHP) a été expérimenté en 2007-2008 par les équipes du réseau Galaxie (qui rassemble des structures développant des actions spécifiques pour l'insertion professionnelle des personnes fragilisées par des troubles psychiques), avec le soutien de la CNSA.

Dans six départements, des équipes spécialisées ont ainsi réalisé près de 200 prestations de bilan d'évaluation à la demande des équipes pluridisciplinaires des MDPH, pour des situations que ces dernières ne pouvaient traiter à partir de leurs propres moyens et outils. Les évaluations ont été menées dans un principe de « coproduction » avec les personnes, leur entourage et les intervenants concernés par la situation de handicap ; la nécessité d'une approche globale de la situation de la personne est soulignée, tant les domaines de la santé, de la vie quotidienne, de la vie sociale et de la vie professionnelle sont intriqués.

Parmi les situations ainsi adressées aux équipes spécialisées, l'expérimentation a fait apparaître que :

- Huit situations sur dix portaient sur des demandes d'insertion professionnelle
- Quatre sur dix faisaient apparaître un besoin de soins psychiques non couvert
- Près de la moitié des situations rencontrées faisaient état d'une durée d'inactivité de cinq ans et plus.

L'expérimentation a notamment mis en évidence la problématique d'accès à la MDPH, des personnes vivant avec un handicap psychique, d'où la nécessité de relancer ces personnes, parfois d'aller vers elles, ce qui demande de l'investissement en temps et un certain savoir-faire.

Le rôle d'interface des ESEHP avec les équipes de psychiatrie a également été souligné, toutes ces équipes ayant établi de longue date sur leur territoire des liens avec les secteurs de psychiatrie.

La nature et la temporalité des interventions opérées par les ESEHP ont été très variables, ce qui les amène à recommander une forme de labellisation des pratiques d'évaluation garantissant leurs modalités efficaces et partagées, en évitant le formatage des prestations.

Le réseau Galaxie a assuré l'animation de l'expérimentation et l'analyse des données ; ce travail a fait l'objet d'un rapport, disponible sur le site du réseau Galaxie¹³.

L'ÉVALUATION CONJOINTE DES SITUATIONS DE HANDICAP PSYCHIQUE PAR LES ÉQUIPES DE PSYCHIATRIE ET PAR LES ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES DES MDPH

Une recherche-action a été menée en 2008-2009 par le Cédias¹⁴ (coordination : JY Barreyre et C Peintre) avec le soutien de la CNSA, dans 15 départements, afin de susciter, au plan national, une réflexion sur la question de l'évaluation des besoins des personnes chez les différents acteurs intervenant dans les situations de handicap d'origine psychique. Il s'agissait également de favoriser des pratiques partenariales au sein des différents territoires, notamment entre l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées et les équipes des secteurs psychiatriques.

Ce travail a permis de souligner les caractéristiques de l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap psychique et de définir quelques préconisations :

- la notion de projet de vie apparaît peu claire aux personnes et difficile à exprimer par écrit ; il faut donc accompagner et prendre en considération le temps nécessaire à la maturation du projet de la personne, qui entre dans le processus d'évaluation, se construit dans l'interaction avec ses proches, et évolue souvent à partir des mises en situation proposées.

¹³ www.reseau-galaxie.fr/upload/modulepublication/Rapport%20final%ESEHP%20D%C3%A9finitif.pdf

¹⁴ www.cedias.org/

- Les informations sur la problématique de santé contenues dans le dossier sont pauvres : le diagnostic n'est pas toujours posé ou est imprécis, les répercussions des troubles sur la vie quotidienne et les relations sociales sont peu renseignés, les troubles somatiques, fréquents, ne sont pas pris en compte.
- L'évaluation n'est jamais un instantané, mais se comprend comme un processus interactif inscrit dans une certaine durée, et une dynamique relationnelle permettant de la « maturation »; de plus, les temps d'évaluation se succèdent dans la trajectoire d'une vie, selon le parcours de chaque personne.
- Le soutien et l'aide apportés à une personne par son environnement (ses proches, divers professionnels), qu'il est difficile d'apprécier dans toutes leurs composantes, rendent l'évaluation des besoins de la personne complexe, surtout dans la perspective de changement; la nécessité de procéder par expériences de vie (en matière de logement, de scolarité, de travail) et d'accompagner la personne de façon soutenue au moment des changements, est soulignée.
- La nécessité de prise en compte de la « triple expertise » a été soulignée. Il s'agit de ne pas s'arrêter au seul point de vue d'un évaluateur « externe » à la situation mais de mettre en perspective la vision de la situation par la personne elle-même, son entourage et les professionnels soignants ou accompagnants qui lui apportent leur appui. C'est une condition essentielle pour obtenir une image pertinente des besoins de la personne et des leviers mobilisables.
- Par ailleurs, évaluer le soutien des aidants familiaux dans le cadre de la prestation de compensation est compliqué ; l'investissement des aidants tient dans un accompagnement fait de vigilance, de sollicitation, de surveillance intense de certains moments, plutôt que dans l'aide directe à la réalisation des activités quotidiennes ; la charge mentale pour les aidants est aussi à prendre en considération. L'objectif et le mode de calcul de cette « aide aux aidants » restent à travailler.
- La définition des réponses s'écarte souvent de l'évaluation des besoins, du fait de diverses contraintes ou rigidités du système: renouvellement souvent « automatique » des aides, absence de prise en compte des besoins relatifs aux activités ménagères, approche très « comptable » de la prestation de compensation du handicap (PCH).
- Contrairement aux craintes exprimées au départ par les équipes, l'expérimentation a montré que les personnes et leurs proches ne percevaient pas comme intrusive l'évaluation globale de leur situation, même lorsqu'elle abordait des domaines de vie sans rapports avec leur demande initiale. Telle que proposée, la démarche globale a été perçue comme moins administrative et plus proche de leurs besoins et, dans certaines situations, elle a été vécue comme une opportunité pour reprendre les soins ou pour envisager une activité professionnelle ou sociale.
- L'évaluation globale des besoins des personnes ne peut s'inscrire que dans une réorganisation des ressources du territoire : organisation interne des MDPH, partenariats entre sanitaire et social dans la construction de réponses, réorganisation de l'offre sanitaire et médico-sociale en termes de logique de services plutôt que d'établissements.

Les deux rapports de la recherche (phase documentaire et phase de terrain), la présentation synthétique ainsi que les actes du colloque du 23 mars 2009 sont disponibles sur le site de la CNSA : www.cnsa.fr/article.php3?id_article=750

POUR EN SAVOIR PLUS :

Outre les rapports et documents déjà cités et les sites de la CNSA, du Cédias et du réseau Galaxie :

Pluriels n° 81: « Évaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs » (avril 2010), disponible sur le site de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale : www.mnasm.com

Revue française des Affaires sociales – Handicap psychique et vie quotidienne – La documentation française – 2009.

FICHE N° 5 : COMMENT DEVELOPPER UNE VIGILANCE DE BIENTRAITANCE

Il pourrait être utile, en initiation de la démarche partenariale, de travailler de façon concertée à dégager les éléments de bientraitance garantissant les droits de la personne, l'objectif d'intégration et de déstigmatisation. Ce travail peut par exemple prendre la forme d'une charte recueillant l'adhésion de l'ensemble des partenaires

Un ensemble d'items sont proposés ici, inspirés de la Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

PROPOSITION D'ÉLÉMENTS Á PRENDRE EN COMPTE POUR UNE VIGILANCE DE BIENTRAITANCE

- Toute personne en situation de handicap psychique garde-t-elle la liberté de choisir son mode de vie ?
- Le lieu de vie de la personne handicapée psychique, domicile personnel ou établissement, doit-il être choisi par elle et adapté à ses besoins ?
- Toute personne handicapée psychique conserve-t-elle la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société ?
- Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est-il assuré aux personnes handicapées psychiques ?
- Toute personne handicapée psychique est-elle aidée pour garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles ?
- Toute personne handicapée psychique est-elle encouragée à conserver des activités et soutenue dans la réalisation de ses projets sociaux et professionnels ?
- Toute personne handicapée psychique peut-elle participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ?
- La prévention de la dépendance institutionnelle est-elle assurée pour toute personne durablement hospitalisée en psychiatrie ?
- Toute personne handicapée psychique a-t-elle, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles ?
- Les soins que requiert une personne handicapée psychique sont-ils dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisants ?
- Soins et assistance sont-ils fournis à la personne handicapée psychique vivant dans la communauté et à sa famille ?
- La recherche multidisciplinaire sur les troubles cognitifs et le processus de dépendance institutionnelle est-elle une priorité ?
- La protection juridique de la personne en situation de dépendance assure-t-elle la protection non seulement de ses biens mais aussi de sa personne ?
- L'ensemble de la population est-il informé des difficultés que rencontrent les personnes handicapées psychiques ?

POUR EN SAVOIR PLUS / AUTRES CHARTES CONSULTABLES:

Pour construire une charte de bonnes pratiques de coopération territoriales au bénéfice des personnes handicapées psychiques, il peut être utile de consulter d'autres chartes déjà établies.

- charte des droits et libertés de la personne accueillie en établissements et services sociaux et médico sociaux (arrêté du 8 septembre 2003)
- charte de la personne hospitalisée : circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006
- charte de l'usager en santé mentale : signée à Paris le 8 décembre 2000 entre la FNAPSY et la conférence des présidents de CME de CHS
- charte commune-handicap : signée à Paris, le 30 octobre 2003, entre l'association des maires de France et diverses associations de personnes handicapées ou de familles dont l'UNAFAM.

FICHE N° 6 : COMMENT PROGRESSER VERS UN PROJET INTEGRE DE TERRITOIRE

Pour mener à bien la démarche, il est utile d'identifier les étapes successives du changement. Plusieurs axes d'évolution doivent être considérés, chacun pouvant évoluer à son rythme. Tous les établissements partent d'une situation variable concernant chacun des domaines d'action, avec des initiatives parfois avancées dans certains domaines et peu mobilisées dans d'autres. D'où l'intérêt d'avoir un outil qui permette à l'établissement de se situer dans chacun des axes et de se représenter ses évolutions au cours des bilans successifs de la démarche globale. À partir de son expérience, la MNASM propose pour exemples les axes et les indicateurs suivants :

	Comment l'établissement aborde-t-il cette problématique ?
Reconnaissance et niveau de traitement du questionnement sur la pertinence de l'hospitalisation pour les personnes séjournant au long cours dans l'établissement.	<ol style="list-style-type: none"> 1. La question des hospitalisations dites inadéquates n'est ni reconnue ni identifiée, voire contestée par les acteurs locaux de la psychiatrie ; 2. La reconnaissance de l'existence d'hospitalisations non pertinentes est établie, mais son périmètre reste très flou et fragmentaire (limité à des listes partielles de quelques services) de patients pris en charge inadéquatement ; 3. La question des hospitalisations inadéquates est admise et les différents services commencent à partager la recherche de solutions. Des listes ont pu être établies pour quantifier le problème mais leur suivi n'est pas ou peu effectif ; 4. Les inadéquations sont bien repérées par l'établissement et leur évaluation est précise, suivie en routine interne 5. Les hospitalisations « inadéquates » font l'objet d'une enquête standardisée, validée, renouvelée en partenariat avec les acteurs concernés du territoire mobilisant des personnes, leurs proches et/ou leurs représentants.
Prise en compte de la problématique des hospitalisations au long cours dans le projet médical	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'accueil des personnes hospitalisées au long cours ne fait pas l'objet d'un projet spécifique qu'elles soient ou non regroupées dans des unités différenciées ; 2. Le projet médical différencie assez clairement un projet pour les patients hospitalisés durablement et pour leur suivi lorsqu'ils sortent, de même que pour leur réhospitalisation si nécessaire ; 3. Un projet de remobilisation des projets de soins des patients au long cours engageant tout l'établissement est formalisé dans le projet médical ; 4. Le projet de réhabilitation psychosociale est ancré sur des dispositifs extérieurs et des intervenants spécialisés du champ social et médico social ; 5. Le territoire s'est doté d'un projet médical qui intègre cette question comme volet stratégique. Il indique les règles de suivi. Toute la gamme des réponses possibles, classiques et innovantes, y est intégrée :: psychiatrie de liaison médico sociale réactive et mobile , équipes mobiles dédiées d'articulation (handicap, exclusion, personnes âgées), pour limiter les réhospitalisations évitables et faciliter sans délai celles qui ne le sont pas, éventuellement unité dédiée. ...
Organisation du service social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Il n'existe pas de stratégie globale au sein de chaque service, le travail s'effectue au cas par cas et les travailleurs sociaux fonctionnent isolément sur prescription médicale ; 2. Les travailleurs sociaux de l'établissement travaillent et échangent entre eux sur les problèmes et les solutions ; 3. Le projet d'établissement comporte l'organisation d'un service social coordonné travaillant avec les différents services et lisible de l'extérieur de la psychiatrie ; 4. Le service social est le pivot d'un travail coordonné avec les dispositifs sociaux externes ; 5. Le service social de l'établissement est intégré dans une plateforme de service social aux bornes d'un territoire ou du département, en charge du suivi coordonné de tous les aspects de la problématique du handicap psychique.
Prise en compte des besoins individuel globaux des patients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les dossiers médicaux, infirmiers, sociaux, et des différentes prises en charge sont séparés et ne s'inscrivent pas dans une dynamique de projet pour la personne ; 2. Le projet de soins fait l'objet, au sein de l'unité, de synthèses régulières prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne pour la mobilisation de projets ouverts sur l'extérieur ; 3. L'ensemble des besoins des personnes est évalué et une recherche de réponses est organisée et suivie ; 4. La mise en relation et l'accompagnement de la personne vers les dispositifs extérieurs de réponse à ses besoins est organisée et coordonnée ; 5. La réponse aux besoins de la personne trouve place au centre d'une démarche pluriprofessionnelle et interinstitutionnelle et n'est plus référée spécifiquement à la psychiatrie.
Participation des personnes, de leurs proches, au projet personnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient n'est pas ou peu sollicité dans l'élaboration de son projet et il n'y a pas ou peu de relation avec les proches ; 2. Un travail d'information et le cas échéant d'éducation thérapeutique est mis en place auprès de certaines personnes ; il n'y a pas de pratique systématique de lien avec la famille ;

	<ol style="list-style-type: none"> L'établissement a mis en place une politique de sensibilisation et de formation des soignants à la mobilisation des personnes et à l'accueil des familles ; Les personnes, y compris les plus dépendantes à l'institution, sont sollicitées, soutenues et accompagnées pour participer activement à l'élaboration et la mise en place de leur projet en lien avec leur familles; les familles sont sollicitées, soutenues et accompagnées dans ce processus ; Ces pratiques font l'objet d'une élaboration collective et s'intègrent dans l'ensemble de la politique de soin de l'établissement.
Formalisation du suivi après hospitalisation dans les dispositifs médico-sociaux	<ol style="list-style-type: none"> Le suivi des patients, lorsqu'ils sortent dans les dispositifs médico-sociaux et sociaux, n'est pas systématiquement assuré par les soignants, et les réhospitalisations nécessaires non garanties ; Des relations personnelles s'établissent de façon isolée par service ou reposent sur la confiance et/ou le militantisme de quelques personnes au sein de l'établissement ; Quelques lignes de coopération émergent de façon stable entre des services et des acteurs médico-sociaux et sociaux et peuvent être formalisées sous forme de conventions qui restent isolées et fragmentaires au sein de l'établissement ; L'établissement s'engage dans son ensemble pour le suivi de l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements et services sociaux et médico sociaux ; Il devient clair que l'articulation entre la psychiatrie et son environnement est un enjeu stratégique pour l'évolution de l'établissement et l'amélioration des réponses aux besoins des personnes. Les partenariats comprennent des actions de formation, de supervision et d'échange de pratiques inscrites dans un véritable travail de réseau.
Représentation et participation des usagers et des familles	<ol style="list-style-type: none"> La représentation des usagers est limitée aux obligations réglementaires sans que leur participation soit réellement sollicitée ; La représentation des usagers est active mais reste dans le cadre des obligations réglementaires ; Les représentants des usagers et des familles sont sollicités dans l'ensemble des démarches et projets de l'établissement ; Une coopération est établie avec les organisations d'usagers ou de famille du territoire pour l'amélioration des réponses aux besoins de soin des personnes (accessibilité, réactivité, interventions à domicile, liens avec les familles etc.) ; Des projets conjoints sont élaborés dans les domaines du logement, de l'insertion professionnelle, de la citoyenneté, etc....
Mise en place d'outils spécifiques	<ol style="list-style-type: none"> La notion d'outil n'est pas envisageable ; chaque équipe agit selon sa méthode et il n'y a pas reconnaissance institutionnelle du problème ; Une liste consensuelle des personnes en situation d'inadéquation est établie à l'intérieur de l'établissement ; Un outil commun est utilisé par les équipes pour le recueil les besoins globaux de chaque personne ; les études menées par l'établissement à partir de ce recueil constituent un instrument de travail de référence avec les partenaires extérieurs ; Un programme dédié à la résorption des inadéquations dans l'établissement est consacré à la prise en charge de ces personnes. La nature du projet, son calendrier, et son financement sont approuvés par tous les acteurs investis de responsabilités dans ce champ ; Un véritable suivi individualisé du projet de chaque personne est assuré, avec mise à jour informatisée régulière. En collaboration avec la MDPH est entreprise l'informatisation de la gestion en temps réel des capacités et des places disponibles, afin d'assurer l'effectivité des orientations prononcées.
Planification	<ol style="list-style-type: none"> La planification sociale et médico-sociale est faiblement connue des soignants et de l'établissement, et réciproquement ; les éventuels dossiers de création de MAS et de FAM prévoient, de principe, une implantation sur le site du CHS ; Un rapprochement est établi entre l'établissement et les instances de planification sanitaire, sociale et médico-sociale, en lien avec les orientations des pouvoirs publics ; Une concertation s'installe entre la psychiatrie et les différents planificateurs dans les différentes instances, pour l'élaboration des schémas et des programmes des champs sanitaire, social et médico-social ; Une cartographie de toutes les structures et tous les services contribuant à la prise en charge des personnes concernées est élaborée, communiquée à l'ensemble des associations et professionnels concernés et régulièrement mise à jour ; La planification des réponses nécessaires en psychiatrie de liaison et en structures (capacité, diversité, calendrier, lieu d'implantation, utilisation de l'existant) fait l'objet de contrats clairs, régulièrement évalués entre établissements, territoire, ARS, Conseil général.
Autre organisation	

PROPOSITION DE GRILLE D'ANALYSE DES PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE L'ARTICULATION ENTRE LE SANITAIRE PSYCHIATRIQUE ET SON ENVIRONNEMENT MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL

À partir de cette typologie artificiellement séparée en stades organisationnels, les établissements peuvent tenter de situer leur organisation pour chacune des rubriques qui contribuent à l'analyse et la mise en œuvre du processus de mobilisation du projet des personnes durablement hospitalisées.

Le tableau ci-dessus est conçu pour être descriptif mais peut aboutir à une évaluation globale sur une grille ou à l'élaboration de graphique imageant la dynamique d'évolution de l'établissement face à cette problématique considérée dans tous ces aspects :

Stade organisationnel de l'établissement	1	2	3	4	5
Reconnaissance et niveau de traitement de la problématique					
Projet médical					
Organisation interne du service social					
Projet individuel des patients					
Participation de la personne					
Formalisation du suivi après hospitalisation dans les dispositifs médico-sociaux					
Collaboration avec les usagers et les familles					
Mise en place d'outils spécifiques					
Planification					

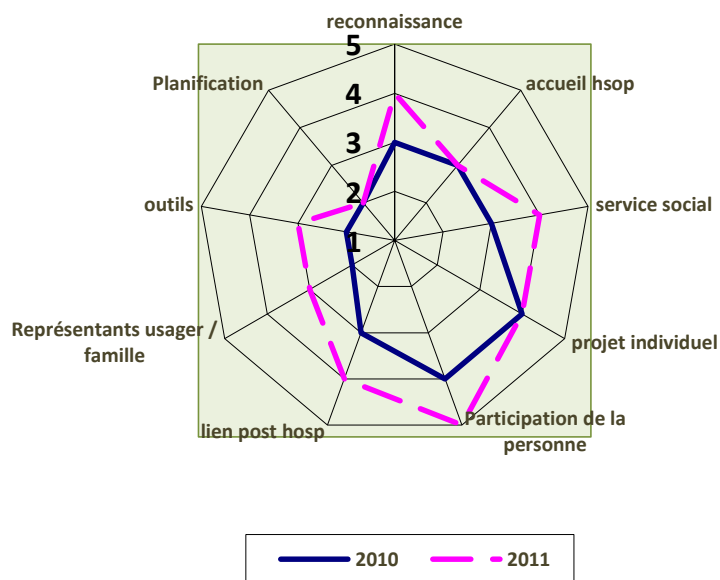


Figure 1 : évolution du processus de changement organisationnel de l'établissement

FICHE N° 7 : COMMENT REUSSIR A TRANSFORMER LES ORGANISATIONS : FEUILLE DE ROUTE POUR UN LONG PARCOURS

Ainsi qu'il est indiqué à plusieurs reprises dans ce document, la réussite du processus concernant l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social en vue de l'amélioration du parcours des patients/personnes nécessite un délai important de l'ordre de deux ans entre la décision de s'investir dans ce dossier et la première mise en mouvement de projets de vie et de soins. Pour optimiser cette « longue marche », quelques outils sont essentiels et le franchissement de quelques étapes phares est indispensable :

LES QUATRE OUTILS ESSENTIELS :

UNE CARTOGRAPHIE DE L'EXISTANT :

Il s'agit de pouvoir embrasser, avec un seul document, la vision de toutes les offres et de tous les champs en matière de structures et services de lieux de soins, de vie et, pour les plus jeunes, d'éducation, d'enseignement pour un territoire donné, de préférence le département.

UNE CONNAISSANCE DES CAPACITES RÉELLES EN SERVICES ET PLACES DANS LES ÉTABLISSEMENTS POUR UN TERRITOIRE DONNÉ À UN INSTANT DONNÉ :

Cette information permet de disposer d'éléments fiables concernant l'écart qui sépare les orientations théoriques et les placements réels (et durables) des personnes. Cela nécessite un travail sur les systèmes d'information et leurs connexions, celui de la MDPH ayant vocation à être le pivot de l'ensemble, bien qu'il ne traite que d'un sous-ensemble de la population concernée. Le raisonnement en termes de système d'information doit donc être un invité précoce - et permanent - dans le processus.

LA PRÉVALENCE D'UN RAISONNEMENT MATRICIEL¹⁵ :

La tentation de tracer, dans le maquis des textes, de la diversité des pratiques et de celui des habitudes un chemin rectiligne pour arriver à bon port est l'assurance quasi certaine d'un échec : la serpe n'a pas sa place dans la boîte à outils pour régler des réalités humaines cristallisées souvent depuis des années. Il est vraisemblable que l'efficacité passe davantage par la recherche à chaque moment de l'une des entrées possibles dans le système en avançant peu à peu vers l'objectif fixé. En outre dans le dédale de la répartition des pouvoirs, la désignation précoce, mais pour un temps déterminé, d'un responsable du projet pouvant mobiliser à tour de rôle et en temps opportun les acteurs de tous les champs concernés (ce qui suppose un peu de temps pour les connaître...), paraît incontournable.

UNE ÉVALUATION CONTINUE DES IMPACTS FINANCIERS

À n'en pas douter, l'obstacle majeur de ce processus de transformation, même s'il y en a d'autres, est financier et budgétaire : plutôt que de découvrir in fine que « le mur de l'argent » se lève contre les « bonnes volontés », il est impératif de dresser très rapidement un compte d'exploitation consolidé futur du système rénové de prise en charge des personnes et de le comparer au coût du dispositif actuel. Cette approche est destinée, par exemple, à pouvoir prévoir l'incidence en termes de taux de fiscalité locale de la création de places de MAS, FAM, FO, SAVS, SAMSAH, supplémentaires dans un département, puis de prévoir la contribution de chacun des financeurs. Plutôt que de se livrer à un jeu de dupes et de le découvrir bien tard, autant savoir clairement d'emblée comment la ressource est réallouée et en faire une règle du jeu fixée dans une charte budgétaire du projet.

DEUX ÉTAPES ESSENTIELLES DANS LA PLANIFICATION :

L'APPROBATION DES PROJETS DES STRUCTURES :

Cette étape doit symboliquement marquer plus, nettement que par le passé, la prise en compte de la problématique de l'articulation des champs, et son incidence sur la façon dont les personnes sont traitées dans l'institution considérée. Il s'agit de

¹⁵ Henderson B.D. « *la planification à long terme ?* » Perspectives N°62, 1974

veiller à ce que le stade de la déclaration de (bonne) intention fasse place à un plan d'actions argumenté allant jusqu'au projet de vie et de soins des personnes, avec des engagements de dates, de recrutements et d'investissements, qui montrent que le changement n'est pas que d'apparence.

LA CONCORDANCE DES APPROBATIONS DE DOSSIERS DE DEMANDES DE CRÉATIONS ET/OU DE RENOUELEMENT D'AUTORISATION D'ACTIVITÉS :

Trop souvent par le passé, ces jalons dans le processus n'ont pas été concordants, du fait des agendas des commissions ad hoc, si bien que de nombreux « déphasages » se sont produits (sans compter les « impondérables » des réalisations). Le regroupement sous une même autorité de tous ces champs devrait permettre une mise à plat des divers agendas pour atteindre ensuite un plus grand synchronisme des multiples projets institutionnels afférents à la vie des personnes.