

Les actes

PSYCHIATRIE, SANTÉ MENTALE ET PARCOURS DES PERSONNES VULNÉRABLES

*Quelles complémentarités et coopérations entre les
champs sanitaire, social et médico-social*

5 octobre 2020

MAS - Paris 13^{ème}

[Accéder au replay de la journée](#)

SOMMAIRE

Introduction	3
Ouverture de la journée	4
Présentation de la Charte des bonnes pratiques	10
Regards croisés- Les bonnes pratiques transforment-elles l'accompagnement des usagers ?	16
Table ronde - Les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), enjeux et conditions de réussite pour la coordination des dispositifs et des acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux	26
Signature officielle de la charte	36
La formation et les outils d'interconnaissance	37
1 L'exemple des stages inter-établissements	37
2 « La pochette d'accès aux soins »	41
Faciliter la fluidité des parcours	46
1 Un exemple de dispositif de logement accompagné transitoire	46
2 Le retour d'expérience équipe mobile	47
3 Le travail de l'IDE Case Manager autour de la situation de cas complexe dans un réseau médicosocial partenaire	51
Clôture de la journée	53

Introduction

• Franck GUICHET - Animateur

« Bonjour à tous, merci d'être présents aujourd'hui pour cette journée organisée conjointement par le GEPSO (Groupe national des établissements publics sociaux et médico-sociaux), l'AdESM (Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale) et l'ANPCME (Association Nationale des Psychiatres Présidents et Vice-Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers). Merci d'être présents et d'avoir bravé tous les risques pour venir participer à cette journée. Vous êtes en direct ici dans le 13^{ème} arrondissement de Paris et il y a aussi une cinquantaine de personnes connectées en visioconférence (peut-être plus au cours de la journée). Cette journée devait initialement avoir lieu le 16 mars, juste à la veille du confinement et qui a dû être annulée. Nous sommes très heureux de pouvoir la réorganiser aujourd'hui. La réussite de cette journée repose beaucoup sur les efforts et la ténacité de Jeanne Cornaille et de toute l'équipe du GEPSO.

Nous sommes donc réunis pour une journée intitulée « psychiatrie, santé mentale et parcours des personnes vulnérables ». Ce matin nous allons assister à des tables rondes avec différents experts qui nous partageront leurs regards et leurs expertises à la fois sur les bonnes pratiques et sur les plans territoriaux de santé mentale. Cet après-midi nous aurons des retours d'expériences sur certaines pratiques et dispositifs innovants mis en place sur certains territoires. C'est une journée qui est principalement organisée autour de la charte des bonnes pratiques qui a été construite conjointement entre les trois organisations (GEPSO, AdESM, ANPCME). Je vais donc pouvoir passer tout de suite la parole à Marie-Laure De Guardia, Pascal Mariotti et Marie-Noëlle Petit ».



Matin

Ouverture de la journée

👁 [Revoir](#)



• **Marie-Laure De Guardia** -
Présidente du GEPSO

« Bonjour à tous, je me réjouis d'être présente aujourd'hui au milieu de vous ou avec vous pour ceux connectés et d'expérimenter pour la seconde fois cette nouvelle façon d'être ensemble. Je remercie pour cela la société de production vidéo « Créalis » qui nous offre un vrai confort d'échange. Et c'est tant mieux si ces nouvelles formes de communication nous permettent d'être quand même ensemble dans un mode d'organisation adaptable aux contraintes de chacun.

Cette journée est d'abord le résultat d'une longue persévérance. Je remercie en particulier pour cela Laetitia Boyer et Jeanne Cornaille pour le travail énorme réalisé ces derniers mois pour garantir la qualité de cette rencontre. Il a fallu également - il y a cela un an et demi - de persévérance pour surmonter tout ce qui nous sépare, dépasser les représentations négatives et décider de se mettre autour de la table. En plus des pistes de travail élaborées en 2019 lors des groupes de travail inter-établissements et multi-métiers, je souhaite insister sur cette volonté partagée par trois acteurs publics (GEPSO, AdESM et ANPCME) et par leurs adhérents d'agir ensemble, de sortir de leur champ respectif pour comprendre ce qui se passe dans ce système qui est le nôtre à tous. »

« Signer la charte de bonnes pratiques, c'est accepter de ne pas avoir raison seul, c'est faire bouger les lignes au profit des personnes que nous soignons et que nous accompagnons »

« Il semble que c'est aussi une façon de lever un frein qui nous est souvent renvoyé par les pouvoirs publics, à savoir notre incapacité à nous coordonner, notre fâcheuse tendance à nous renvoyer la balle sur les situations les plus complexes. Ce n'est pas à mon sens la situation vécue par de nombreux professionnels directement impliqués auprès des patients mais c'est la réalité de nos fonctionnements institutionnels, de nos organisations publiques sanitaires et médico-sociales organisées en silos, et cela pèse lourdement sur les pratiques et sur les réponses aux besoins des publics ».

« Montrer par cette signature que ce frein d'opposition est a priori levé, c'est permettre que d'autres freins liés à nos modes de financement, de gouvernance et de réglementation puissent être rediscutés et portés ensemble, pour apporter les changements nécessaires »

« En présentant des solutions plus globales, cohérentes et coordonnées, tenant compte des contraintes de chacun, il est possible que nous ayons plus de chance d'être mieux entendus, mieux écoutés et que des actions concrètes de changements, de transformation soient mises en œuvre. C'est bien cette volonté, cette démarche, alliant réflexion partenariale, observation de terrain et propositions qui animent aujourd'hui l'association GEPSO que je représente et

qu'avec plaisir je vais vous en dire quelques mots pour tous ceux qui ne nous connaissent pas forcément.

Le GEPSO et ses adhérents - issus principalement du secteur du handicap adulte, du handicap enfant et de la protection de l'enfance – c'est avant tout permettre aux personnes accompagnées de vivre avec la vulnérabilité qui les anime par une plus grande visibilité de ce qu'ils sont, de leurs besoins, mais aussi à ce que ces personnes apportent à la société qui est la nôtre. C'est dire qu'au-delà de l'intérêt que nous avons tous à échanger sur nos pratiques de gestionnaires de structures, il nous appartient de défendre des positions fortes sur la valeur du service public, sur la qualité des prestations et des dispositifs existants, sur l'importance de l'écoute et de la prise en compte de la parole des usagers. Le GEPSO porte l'idée, comme d'autres associations avant elle, que c'est bien au cœur des échanges et de la coordination des points de vue que se construisent les bonnes idées. Point de vue de celui qui vit la vulnérabilité (le patient/l'utilisateur), point de vue du professionnel qui soutient, qui soigne et qui accompagne, point de vue du chercheur, celui qui analyse et cherche à donner du sens. Sans oublier de rendre visible cette démarche, de communiquer sur ce qui se fait au quotidien dans les établissements. C'est aujourd'hui une priorité pour notre association, celle de mieux faire connaître les publics du secteur de la vulnérabilité sociale, de travailler au changement des représentations sur leur capacité d'autonomie, sur celle des personnes en situation de handicap, sur la réalité vécue des enfants protégés de l'aide sociale à l'enfance (ASE), sur leurs difficultés mais aussi sur leur haute valeur sociale. D'où l'importance de rappeler ce qui ne se fait pas dans nos structures ou ce qui ne peut

pas se faire pour des questions d'organisation ou de moyens. C'est pour cette raison que le GEPSO s'investit actuellement sur la non prise en compte du secteur social et médico-social (en dehors des EHPAD) dans les décisions issues du Ségur de la santé. Parce qu'au-delà de la question des rémunérations, c'est le risque de séparatisme entre professionnels qui est en jeu, c'est la perte de la transversalité des compétences indispensables à l'efficacité de notre action alors même que ces professionnels sont amenés à travailler de plus en plus ensemble. C'est pour cela que je suis reconnaissante à Pascal Mariotti, président de l'AdESM qui par son courrier récent a insisté sur les distorsions causées par ce texte au sein des GHT et des établissements de santé gérant des activités sanitaires et médico-sociales. C'est le sens de notre histoire commune à venir et bien de l'observation de ce qu'il se passe sur les territoires. »



« La charte que nous allons signer ANPCME, AdESM et GEPSO est une manière de dire : sortons de nos logiques d'accusation, soutenons-nous dans notre volonté d'améliorer notre action »

« C'est bien ce qui ressort du travail en commun fait il y a un an et demi avec notre méconnaissance réciproque les uns des autres, nos projections, les incompréhensions entre les professionnels. Il y a des dispositifs

partenariaux qui sont sortis de ces logiques de silos et plusieurs expériences nous seront présentées tout au long de la journée, et ce sera notre fil conducteur. C'est pourquoi l'enjeu de la gouvernance sur les territoires est essentiel. Il doit être représenté dans un souci de coordination des acteurs, plus que de savoir si c'est à l'Etat, aux départements ou aux ARS d'être le responsable de la politique en matière sanitaire et/ou social. C'est essentiel de le savoir pour nous, gestionnaires d'établissements, professionnels mais également pour les financeurs et surtout pour les patients et personnes vulnérables qui ont besoin que nous sachions nous parler et nous comprendre. Pour illustrer cette idée et conclure mon intervention, je vais vous parler un peu de mon parcours.

J'ai commencé ma carrière en tant que jeune directrice d'hôpital sortie de l'Ecole de Rennes, après un parcours classique d'étudiante en droit public. Bien m'en a pris car l'hôpital m'a beaucoup appris en matière d'organisation, de gestion, d'évaluation, de projets, de programmes, de protocoles ; mais aussi dans l'apprentissage du travail avec le corps médical, les partenaires sociaux et mes collègues directeurs. J'y ai aussi découvert le monde de la santé, particulièrement celui de l'enfance puisque j'ai eu la chance de travailler auprès des pôles mères-enfants en hôpital général et en pédopsychiatrie en établissement de santé mentale pendant neuf ans.

Très attirée par ce public de l'enfance, j'ai fait le choix à un moment de mon parcours de prendre la direction d'un important établissement de protection de l'enfance. Bien m'en a pris, pas en terme de rémunération je vous l'accorde. En effet, dans ce secteur j'ai beaucoup appris en matière de gestion de crise, de

construction de solutions différentes, de réponses à l'urgence permanente, de capacité de résilience des jeunes accueillis mais aussi dans le travail sur la collaboration avec la collectivité territoriale et le monde politique. »

« J'ai aussi appris la pédagogie pour expliquer ce que tout le monde croit connaître mais ne connaît pas, pour rappeler que nous sommes là et qu'il ne faut pas nous oublier, ce genre de question qu'à l'hôpital on ne se pose jamais »

« Au cours de cette période professionnelle, j'ai comme vous, assumé des intérim d'EHPAD, j'ai passé des conventions avec des établissements du handicap, j'ai coordonné des réseaux de santé pour adolescents difficiles. Ce parcours m'a donné un riche terrain d'observation des publics accueillis. Ce sont bien les mêmes personnes qui y circulent, en particulier dans les secteurs de la santé mentale, du secteur social et médico-social, à des moments différents de leur vie, pour des périodes plus ou moins longues, avec leur histoire, leurs difficultés qui sont les mêmes. Il nous appartient d'être aussi riches qu'eux, de la connaissance qu'ils ont de nos organisations et de nos fonctionnements pour faire en sorte que ce soit plus fluide, mieux coordonné, pour une meilleure qualité de travail à leur bénéfice.

Faites que cette journée nous donne des envies, des idées pour poursuivre le travail ensemble mais je n'en doute pas. Bonne journée à tous ! »



• **Pascal Mariotti** -
Président de l'AdESM

« Bonjour à toutes et à tous. Je vais faire bref sur les remerciements et m'associer à tous ceux qui ont été adressés précédemment aux organisateurs et participants. Sur les remerciements, j'insiste seulement sur nos « organisatrices immédiates » pour les avoir vues à l'œuvre : Laetitia Boyer, côté AdESM et Jeanne Cornaille, côté GEPSO. Je souhaite également remercier Marie-Noëlle Petit et en particulier Jean-Pierre Staebler qui a été à l'initiative de ces rapprochements entre associations car avant cela nous étions dans la quasi ignorance les uns des autres et ce n'est pas un euphémisme.

L'AdESM est un réseau de plus de 200 adhérents, essentiellement des hôpitaux publics autorisés en psychiatrie, mais pas essentiellement les mono-disciplinaires. Nous avons aussi les CHU et les centres hospitaliers autorisés. Cela fait donc beaucoup de monde du service public et comme nous sommes service public nous-mêmes, nous avons également des établissements rattachés à la FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires) qui sont eux pour l'essentiel mono-disciplinaire privés à but non lucratif. Nous répétons à ce titre régulièrement à la FHF (Fédération hospitalière de France) que le médico-social, ce sont bien sûr les

EHPAD mais qu'il convient au plan national et régional de ne pas oublier le handicap et le handicap psychique en particulier et on sait que ceci est compliqué car ce n'est pas spontané.

Pour en revenir à notre sujet, nous sommes partis d'un enjeu d'interconnaissance, comme cela peut exister au sein de nos territoires. Mais nous le verrons tout au long de la journée, aborder ce sujet que sous cet angle n'est pas suffisant. Ce sujet est aussi à l'œuvre au sein de nos établissements. Telle qu'évolue la question des parcours, des processus, des prises en charge ou de l'accompagnement des personnes concernées, nous nous posons de plus en plus la question de la place du social et du rapport au social dans nos établissements, en particulier comment repositionner nos services sociaux mais également la place du secteur médico-social qui est à repenser, reconsidérer, renouveler. Je pense qu'il suffit d'avoir travaillé sur un projet territorial de santé mentale pour en avoir acquis la conviction ».

« Nous avons eu un premier débat qui est au final un débat interne aux établissements que nous avons vu rejaillir à certains moments au bureau de l'AdESM : sommes-nous, devons-nous être des opérateurs médico-sociaux ? »

« En fait, il me semble de manière un peu schématique qu'il y a trois formes d'attitudes et réponses. Ceux qui

constatent qu'il y a des services médico-sociaux ou non dans leur établissement et qui s'arrêtent à ce constat. Puis il y a deux types d'attitudes qui sont aussi respectables l'une que l'autre. Certains diront « ce n'est pas notre métier », il ne s'agit pas de stigmatiser et « sanitiser » encore plus le handicap psychique et après tout le propos peut se défendre. Puis il y a ceux qui en ont fait une stratégie et un enjeu de transformation de leur propre établissement par l'intégration au sein de leur établissement de l'offre sanitaire et médico-sociale et des parcours, tout en se posant les questions des liens partenariaux et des parcours avec les autres. Finalement quand nous nous sommes dit tout cela nous revenons aux mêmes débats qui ont eu lieu au moment du Ségur. J'ai pu donc questionner la DGCS sur cette question.

Pour conclure, je vais revenir sur la crise sanitaire. Le constat c'est que le confinement quoi qu'on en dise a été très facile (sans parler par-là des effets sur les personnes et sur les aidants). »

« Le confinement c'est ce qu'il y a de plus naturel pour une institution c'est-à-dire se replier sur elle-même et sur ses sous-ensembles »

« Les institutions savent bien se replier sur elles-mêmes pour perdurer. Mais aujourd'hui nous faisons face à une temporalité nouvelle – et probablement longue - avec des effets qui s'inscrivent dans la durée. C'est à nous que revient la prérogative de relancer les parcours et l'accompagnement. Pour cela, il ne faut pas

seulement s'appuyer sur un enjeu partenarial, souvent service par service au sein de nos établissements (parfois assistante sociale par assistante sociale), qui s'en tient à des facteurs d'interconnaissances individuelles, interpersonnelles. Ce qui reste dominant c'est le partenariat, mais la coopération c'est autre chose et c'est tout l'enjeu aujourd'hui mais il y a derrière la question de la personne qui le régle. On renvoie toujours les acteurs à leur autorégulation « faute de ». Mais je pense qu'il nous appartient également d'interpeller les autorités compétentes de nos champs respectifs.



La situation est compliquée. Nous savons même qu'elle est très compliquée sur les EHPAD aujourd'hui au point qu'ils aspirent la problématique plus générale ou complémentaire du handicap psychique et des autres établissements, qu'il s'agisse d'ailleurs d'accompagnements ambulatoires ou plus institutionnels. Dans ma conclusion, je souhaite poser la question de savoir si finalement de cette difficulté qui est majeure, ne devons-nous pas faire de la situation une opportunité, un accélérateur ? Nous avons évoqué en cellule de crise nationale cet effet d'accélération en phase de confinement ;

ne faut-il pas profiter de ce déconfinement pour mettre en place des processus, mettre au centre ces questions, savoir interpellier, savoir construire des choses différentes entre nous tout en étant aussi exigeants vis-à-vis des autres. J'ai aussi proposé au ministère que nous puissions département par département alerter systématiquement les ARS au niveau départemental sur les situations complexes. Car nous ne pouvons plus nous contenter d'une solution où le régulateur essayait de régler seul avec plus ou moins de succès (plutôt moins) les cas complexes ou les situations sans solution. Je pense que c'est la preuve d'un échec assez général dans le système ou du moins un aveu d'impuissance quand on en est là. »

« Je pense que nous ne pourrions pas traiter les questions que nous voulons sur les traitements, les accompagnements de leur cohérence et de leur coordination entre nous, si le(s) régulateur(s) ne se sent(ent) pas également concerné(s) par le « réingéniering » des processus que suppose le fait de travailler entre nous ».

« Donc je conclurai sur ce point et je pense que c'est aussi une des thématique sous-jacente à la journée. Merci de votre attention et bonne journée ».



• Marie-Noëlle Petit (en visio) -

Présidente de l'ANPCME

« Merci à Mme De Guardia et M. Mariotti pour cette introduction. Merci aussi de m'accueillir aujourd'hui en visio-conférence. C'est un outil que nous utilisons de plus en plus et peut-être même qu'il s'avèrera pertinent pour favoriser ultérieurement les transmissions entre nous, secteurs du sanitaire, social et médico-social. Alors bien évidemment je partage ce qui a été évoqué et rappelé précédemment. Je crois qu'en psychiatrie nous avons commencé à travailler sur cette question du décroisement avec les conseils locaux de santé mentale et la mise en place des PTSM (Projets Territoriaux de Santé Mental), qui doivent se finaliser- mais il restait important que nous arrivions à la formaliser ».

« C'est vrai aussi qu'avec ce décroisement et cette crise COVID, nous avons vraiment perçu cette pression sur les lits du sanitaire et l'indispensable nécessité de travailler sur le parcours avec l'aide des acteurs, sociaux et médico-sociaux ».



« Allez vers, s'articuler, se coordonner, se connaître, pour éviter les ruptures de parcours, transmettre, savoir s'effacer mais rester en soutien, savoir se concerter en prenant avant tout en compte le désir et les besoins de chaque patient qui doit aussi clairement connaître nos différentes missions et les différents interlocuteurs, vont être les enjeux essentiels dans les années à venir et nous en sommes persuadés à l'ANPCME. Nous faisons et nous devons faire encore mieux. L'ANPCME a été honorée d'avoir pu contribuer à ce travail. Merci à Jean-Pierre Staebler de m'avoir mis en lien avec Mme De Guardia, c'est vrai que là aussi la proximité, le travail de réseau est important, cela permet de connaître les acteurs. Merci à mes confrères (Dr Cazenave, Dr Peron et Dr Schmitt), membres de l'ANPCME pour leur contribution active à ces travaux et c'est avec grand plaisir que nous allons signer cette charte de bonnes pratiques. Bien que je sois à distance je vais suivre comme les cinquante autres participants en distanciel avec grand intérêt tout le déroulement de ce colloque ».

Présentation de la Charte des bonnes pratiques

👁 [Revoir](#)



• **Jean-Pierre Staebler** -
Directeur du CH de Montfavet

Présentation de l'établissement :

« Je dirige le centre hospitalier de Montfavet à Avignon, établissement qui a la particularité d'avoir à la fois des services sanitaires en psychiatrie adulte et infantile mais également un nombre important (une douzaine) de structures sociales et médico-sociales dans le champ du handicap adulte, de l'enfance et dans le champ de la vulnérabilité. Pour balayer l'intégralité du champ du médico-social nous avons également en direction commune un EHPAD. C'est dire à quel point je suis personnellement motivé par les articulations entre nos structures sanitaires et médico-sociales et à ce titre, l'établissement que je dirige adhère à la fois à l'AdESM et au GEPSO. J'ai la chance d'être à la fois dans des instances nationales des deux structures et comme l'a dit Pascal Mariotti et Marie-Laure De Guardia, il est apparu dans les deux associations AdESM et GEPSO nécessaire de réfléchir sur les articulations entre la psychiatrie et le champ sanitaire et médico-social puisque nous constatons des organisations en silos et bien souvent des passerelles doivent se constituer ».

« Au départ, nous ne pensions pas à rédiger une charte mais plutôt faire état des forces et faiblesses dans les articulations entre les secteurs sanitaire et médico-social ».



Contexte de la charte :

« Nous avons donc fait remplir [un questionnaire](#) par 86 établissements dont 46% relevaient du secteur social ou médico-social (SSMS) « pur », 18% de la psychiatrie sanitaire « pure » et 36% représentant les deux activités. Seuls 11% de ces établissements relevaient du champ de la protection de l'enfance alors même qu'ils nouent souvent des relations très importantes avec les services de psychiatrie infanto-juvénile.

Concernant maintenant les enseignements à en tirer, il y a d'abord la question de la lisibilité des dispositifs de prise en charge, traitée au travers de la première série de questions posées. Nous avons observé une connaissance assez inégale en fonction du secteur. D'un côté, les établissements sociaux et/ou médico-sociaux (ESSMS) connaissent bien la psychiatrie mais les missions des différentes structures de prise en soins (CMP, CATTP, Hôpital jour, etc.) ne sont pas forcément bien connues. En outre, ces ESSMS ont l'impression que les services de psychiatrie ne connaissent pas bien leurs dispositifs, en particulier pour les ESSMS relevant de la protection de l'enfance. D'un autre côté, les services psychiatriques déclarent bien connaître les ESSMS même si nous observons souvent une mauvaise compréhension des activités et missions dévolues à chaque type de structure médico-sociale. Un sentiment est néanmoins partagé par les deux types d'établissements : celui que les usagers ont une très mauvaise connaissance des différents dispositifs de prise en charge psychiatrique ; ce qui semble logique vu qu'il s'agit souvent d'activités mixtes.

La seconde série de questions ont traité l'accès aux diagnostics et aux soins. Les professionnels des ESSMS ont exprimé le

souhait de voir rédiger et mis en œuvre une charte commune pour une meilleure articulation et compréhension entre secteurs différents. De leur côté, les professionnels de la psychiatrie ont fait part d'une facilité dans l'accès aux soins du secteur sanitaire vers le médico-social (selon trois quart des répondants). Cette perception est très différente pour les professionnels du secteur social et médico-social qui rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins pour leurs usagers, en particulier en cas de demande d'hospitalisation (selon trois quarts des répondants). Ce sont les délais de RDV qui sont avancés comme principale difficulté. Parallèlement, il est évoqué l'engorgement des unités d'hospitalisation et la difficulté d'avoir des places « d'aval » dans le médico-social, en particulier pour adolescents (souvent accueillis dans des services adultes faute de places et de maillages territoriaux suffisants). Devant ces difficultés, les établissements reconnaissent que pour les adultes le recours aux soins sans consentement peut être un levier actionné pour forcer l'admission en hospitalisation. On note également que les ESSMS ont du mal à accueillir des personnes pour des séjours courts - autres que des séjours de répit ou de rupture - pour accompagner une réhabilitation et/ou l'administration de traitements ; et ce d'autant plus s'il s'agit d'usagers issus de la protection de l'enfance. Les services psychiatriques ont exprimé l'impression parfois que les ESSMS hospitalisent pour mettre fin à des prises en charge complexes en secteur social et médico-social. Ils expliquent également que le fait de pouvoir prendre en charge en ambulatoire permet d'éviter des hospitalisations.

Nous avons également consacré une partie du questionnaire à l'usage de la

télémédecine (TLM). A l'époque, cela n'avait pas semblé emballer les participants. Il était évoqué une crainte de perte relationnelle et une forme de facilité : les interventions en distanciel étant jugées moins pertinentes qu'en présentiel. Aujourd'hui, y compris en psychiatrie, avec le passage de la crise sanitaire et de la COVID, la téléconsultation commence à avoir un intérêt. Je pense qu'il serait intéressant à l'avenir de réfléchir à sa contribution au lien entre le sanitaire et le médico-social (surtout dans un contexte de difficultés de recrutement médical).

La troisième série de questions concernait les attentes en termes d'amélioration de la communication sur la prévention et de gestion des risques, avec en filagramme la question de l'accès au diagnostic et celle de l'accès aux soins. En effet, force est de constater qu'il existe une culture professionnelle différente entre les structures sanitaires et médico-sociales. Cette différence de culture est souvent source d'incompréhensions et peut expliquer (en partie) certaines ruptures de parcours des usagers. Ce qui est remarqué c'est que - sur le plan de la prise en charge des adolescents avec un handicap sévère - cette culture différente crée peut-être encore plus que dans la prise en charge adulte des ruptures ».

« Bien souvent, la transition entre enfance, adolescence et âge adulte est jugée chaotique, complexe et anormalement longue ».

« A ce propos, nous notons aussi que selon les secteurs et territoires, y compris au sein des mêmes établissements, il apparaît des différences de communication entre ces secteurs, avec dans certains une communication plutôt fluide entre secteurs sanitaire et médico-social et dans

le secteur d'à côté elle peut parfois apparaître source d'incompréhensions, de blocages, voir de ruptures entre les secteurs. C'est bien souvent « secteur dépendant ». Concernant les difficultés de communication entre le sanitaire et le SSMS, une partie des établissements (presque la moitié) considère que ces difficultés apparaissent particulièrement autour de la transmission d'informations sur la stratégie thérapeutique sur le suivi à l'occasion d'une prise en charge en psychiatrie, spécialement en hospitalisation. A ces occasions, un tiers des établissements considère que les informations nécessaires après la sortie ne sont pas communiquées ou sont insuffisamment communiquées. Cela revient souvent comme sujet par les ESSMS. Ce sont les limites du secret médical qui leur sont opposés et qu'ils considèrent comme un obstacle à la bonne communication pour la poursuite de la bonne prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Deux tiers des ESSMS disent avoir des difficultés à identifier leurs interlocuteurs dans les secteurs (d'où l'importance des référents) et à identifier quelle nature d'équipements prennent en charge leur usager quand il/elle est en psychiatrie. Deux tiers des établissements psychiatriques reconnaissent le rôle essentiel joué par les acteurs du SSMS dans la transmission des informations lorsqu'un usager leur est adressé. Deux tiers des ESSMS disent être peu contactés par les services de psychiatrie quand l'un de leur usager a besoin d'une prise en charge sanitaire (même si ce constat est moins prégnant dans les établissements ayant les deux activités). 80% des ESSMS souhaitent mettre en place des actions de formation sur la prise en charge de la santé mentale, pour reconnaître notamment les signaux

d'alerte d'une décompensation. La moitié des établissements psychiatriques partagent cette nécessité de formation pluridisciplinaire avec les ESSMS. Trois quart des ESSMS considèrent mal connaître les modalités de soins sans consentement - compte-tenu des règles très précises qui les régissent – avec parfois le fantasme que les hôpitaux psychiatriques pourraient chercher à s'affranchir du dispositif législatif. En outre, l'orientation par la MDPH (Maison Département des Personnes Handicapées) est jugée difficile par l'ensemble des établissements interrogés ».

« La grande majorité des répondants plaide en faveur de plateformes de services mixant sanitaire et médico-social pour avoir des accompagnements communs »

« Pour la psychiatrie, la sortie de leurs patients vers des ESSMS avec une orientation MDPH est jugée importante pour lever ces difficultés. De leur côté, les ESSMS seraient parfois frileux sur l'admission de certains profils psychiatriques par peur de perturber les autres usagers. Par ailleurs, la majorité des établissements s'accordent sur la difficulté préexistante des personnes présentant une déficience psychique à accéder à l'emploi. Il y a donc une nécessité de travailler sur l'accès aux soins psychiatriques au regard des réponses très hétérogènes observées, notamment pour les ESSMS qui rencontrent de nombreuses difficultés sur ce point. Pour les situations sans solution, le manque de coordination est constaté par chacun. Les rôles de l'ARS et des MDPH sont essentiels mais parfois les relations s'avèrent compliquées. Le champ de la protection de l'enfance insiste sur la difficulté de coordination dans la prise en

soins psychiques des enfants et adultes présentant des troubles du comportement. Les priorités affichées sont les personnes souffrant de troubles psychiques vieillissantes et l'autisme pour les établissements sanitaires et dans une moindre mesure pour les ESSMS.

Nous avons convenu entre nos deux associations (AdESM et GEPSO) qu'à la suite de ce questionnaire il était nécessaire de donner suite à ces analyses et de mettre en place des groupes de travail autour de ces réflexions, et pour ce faire il nous semblait important d'y associer l'association nationale des présidents de CME parce que nous savons très bien que dans le champ sanitaire si nous voulons faire bouger les lignes il est important de mobiliser le corps médical. Je remercie donc pour cela le chaleureux accueil du Dr Marie-Noëlle Petit car cela nous semblait important de travailler avec l'ANPCME sur ce sujet. Les trois groupes de travail sur la stratégie territoriale commune, sur la coopération sur le champ social, sanitaire et médico-social et sur la formation ont donné lieu à des travaux qui ont abouti à la mise en œuvre d'une charte de bonnes pratiques dont Dr Cazenave va parler maintenant.

Cf. Diaporama joint pour le détail des résultats du questionnaire précité



• **Dr. Bernard Cazenave** (en visio) -
- Psychiatre au CH des Pyrénées

Présentation de la charte :

« En introduction, je voulais juste dire par rapport à la communication que pour avoir travaillé avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) sur des expérimentations innovantes, nous réalisons vite que nous ne les connaissons pas bien, y compris quand elles viennent des départements voisins. Les groupes de travail (GT) ont donc eu l'avantage de faire se rencontrer et mieux se connaître les acteurs locaux. Il y a donc eu beaucoup d'échanges et d'écoute sur l'ensemble de doléances et des solutions des ESSMS à l'égard des établissements psychiatriques et l'inverse. Globalement, je trouve que l'on n'écoute pas assez les acteurs de terrain car lorsqu'ils soulèvent un problème souvent, ils proposent aussi des solutions. Pour les hôpitaux psychiatriques, il y a une nécessité de collaboration avec les ESSMS pour la réhabilitation psycho-sociale de personnes malades. Pour les ESSMS, il y a la volonté de développer la collaboration pour mieux prendre en compte les personnes malades sur l'aspect du projet de vie de ces dernières. Il semble donc important de plus parler entre nous puisqu'après tout il s'agit des mêmes acteurs qui parlent des mêmes patients ».

« Cette charte n'est donc pas juste l'exposé de bonnes intentions ou de déclarations intentions mais propose de mettre en place des actions concrètes autour de deux axes pratiques que sont l'interconnaissance des acteurs et le parcours de la personne ».

« Le premier axe concerne l'interconnaissance - autrement dit- le fait

d'avoir une meilleure connaissance des acteurs, voire une culture commune partagée. En effet, si cela a déjà été évoqué auparavant, il semblerait que les acteurs n'aient pas réussi à trouver une manière commune de parler, des mots qui parlent aux uns et aux autres. Pourtant, si nous ne parlons pas pareil et pas ensemble du patient – que ce soit en présentiel comme en visioconférence – nous avons aucune chance d'avoir des actions et pratiques communes. Il faut donc faire évoluer les représentations et dépasser les griefs très précis qui sont avancés contre les personnes d'en face – que ce soit du côté du sanitaire ou du médico-social. Il faut investir des plages communes de rencontre comme des stages d'immersion, des formations intersectorielles, etc., pour développer un tronc commun, favoriser la coopération interservices et créer des partenariats entre acteurs autour de la formation initiale (IFSI, IFTR, etc.) et continue dans les deux champs.

Le second axe de la charte concerne les parcours avec la nécessité de développer des outils de coopération à partir des besoins des usagers. Mais la problématique soulevée c'est « comment circule-t-on entre ces parcours » ? Il faut donc développer des « facilitateurs de parcours » de type « case manager », avec l'aide de systèmes réseaux interconnectés. D'autre part, il y a l'idée de poursuivre le développement des équipes mobiles psychiatriques qui soient au contact des patients dans leur établissement. Pourtant, parfois les équipes rencontrent des difficultés avec un usager dans son établissement mais dès qu'il est transféré en secteur d'hospitalisation il ne présentera plus le même comportement. Il semble donc important de réaliser en

amont un diagnostic environnemental pour mettre en interaction le sujet avec son environnement. Cela peut se faire par une logique de réseau et/ou de « case manager ». C'est aussi reconnaître par-là que parfois nous sommes aussi en tant qu'établissement, un peu porteurs des difficultés que rencontrent nos patients.

Pourtant, signer des conventions de coopérations entre secteurs c'est aussi retomber dans ce travers de la logique administrative qui génère parfois une forme de lourdeur. Ces conventions doivent permettre une meilleure circulation des acteurs. Il est donc important d'avoir des PTSM qui collent bien à la réalité, qui s'adaptent à la réalité et que les établissements se parlent. Il est également essentiel de faciliter la participation des usagers et de leurs proches aidants. Sur ce point nous sommes un peu en panne. Il faut essayer de mieux connaître, mieux collecter voire mieux reproduire les expérimentations qui ont lieu en la matière (comme par exemple le projet « relayance » avec des pairs aidants qui servent de relais avec le secteur médico-social pour mieux accompagner la sortie de la maladie) pour être plus efficaces pour nos résidents/patients. Dans d'autres pays, il y a des organisations différentes : comme en Espagne où il existe une reconnaissance des parents par les instances régionales qui se voient confier des budgets et des responsabilités dans le parcours de vie et de soins de leur enfant. Il nous faut donc trouver des solutions au plus proche des usagers, dans une logique également plus inclusive et sur un mode pratique (y compris dans les moyens).

CHARTRE DE BONNES PRATIQUES

Psychiatrie, santé mentale et social, médico-social

Afin de fluidifier le parcours de l'utilisateur et permettre à l'utilisateur d'être l'acteur au cœur de son propre parcours, le GEPSO et l'AdESM, en partenariat avec l'ANPCME, ont animé en 2019 des groupes de travail réunissant différents professionnels issus des établissements adhérents du GEPSO et de l'AdESM. Ils se sont accordés autour des deux axes suivants :

Développer une meilleure interconnaissance et favoriser une culture commune

 Développer une sémantique commune et partager les informations utiles pour assurer la continuité de la prise en charge de l'utilisateur[1]

Exemple d'outils : Dossier du patient informatisé, messagerie sécurisée, outils de liaison, réunion de coordination etc.



Développer des tronc communs entre les formations des champs sanitaire, social et médico-social pour favoriser la coopération inter-services



Décloisonner les champs sanitaire, social et médico-social pour faire évoluer les représentations parfois faussées et développer une culture commune

Exemple de bonnes pratiques : Formations du sanitaire vers le médico-social, social et vice-versa, stages d'immersions etc.



Créer des partenariats avec les acteurs de la formation initiale et continue des champs sanitaire, médico-social et social pour renforcer la dynamique collaborative

Partenaires concernés : IFSI, IRTS, IFCS, Universités, EHESP, ANFH etc.

[1] Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Développer les outils au service de la coopération en partant du besoin des usagers



Développer les postes de facilitateurs ou coordinateurs de parcours d'accompagnement.

Exemple : les case-managers, les équipes mobiles organisent la coordination de prestations entre les différents champs et favorisent la mise en réseau entre acteurs à partir des besoins spécifiques des usagers



Développer les Projets Territoriaux en Santé Mentale (PTSM), qui pour être efficaces, doivent être adaptés aux problématiques locales et être régulièrement actualisés afin de coller au plus près de l'évolution des besoins des usagers



Signer des conventions de partenariat entre structures sociales et médico-sociales et établissements de santé mentale



Faciliter et encourager la participation des usagers, de leur famille et des proches aidants afin d'être dans une co-construction du parcours, qui peut être gage d'une meilleure efficacité.



Marie-Laure de GUARDIA



Pascal MARIOTTI



Marie-Noëlle PETIT

Voir la charte

[Cf pour plus de détails le support de présentation](#)

Regards croisés- Les bonnes pratiques transforment-elles l'accompagnement des usagers ?

 [Revoir](#)

Q : Trois quart des professionnels de santé considèrent l'accès aux soins comme facile ; or trois quart des ESSMS considèrent celui-ci comme difficile. Nous voyons bien les écarts dans les représentations : pourquoi est-ce si difficile d'articuler le sanitaire et le médico-social ?



• **Marcel Jaeger**

- Anciennement titulaire de la chaire de Travail social et d'intervention sociale du CNAM

« Tout d'abord, j'ai une précision à apporter : je suis sociologue mais j'ai aussi travaillé avec des associations de santé mentale dans la promotion de la santé psychiatrie-sociale. Ce que j'en ai retenu c'est qu'il ne s'agit pas que d'un face à face entre deux « mondes institutionnels », il s'agit plutôt d'une série de subdivisions. Dans le champ de la psychiatrie, se référer aux neurosciences n'a rien à voir avec le psycho-social, il y a donc des clivages en psychiatrie, en sus de ceux existants entre le sanitaire et le SMS. »

« Il y a dans ces « trois mondes » des prétentions symétriques à vouloir répondre aux besoins de la personne dans sa globalité »

« La signature de cette charte est importante car il s'agit de dépasser cette fracture ancienne et ces tensions historiques fortes. Je ne reviendrai pas dans le détail sur ce point mais ce qu'il faut bien voir qu'il y a deux points de grippage : le premier est la construction de ces deux champs, notamment en termes de connaissances (parce qu'en réalité les problèmes ne viennent pas uniquement de la façon de se représenter les personnes) parce qu'il y a des clivages dans le montage « quasiment scientifique ». Car l'un des problèmes que nous n'abordons pas est la

difficulté à faire un chainage entre par exemple la classification internationale des maladies et puis ce qu'était la classification internationale du handicap. Il y a donc des clivages de classification, des clivages de barèmes, et des clivages qui se jouent sur des modes d'orientation (prescription médicale vs. expertise collective via les MDPH). Le second problème c'est que nous avons des législations séparées et marquées par l'existence de deux codes (Code de Santé Public et le Code de l'Action Sociale et des Familles). Ces séparations se retrouvent dans différentes législations. Du coup, nous comprenons également qu'il y ait des séparations au niveau même de l'Administration centrale dans la construction de l'Etat. Nous sommes donc sur une consolidation administrative de territoire. Le problème n'est donc pas uniquement l'adoption de la charte au niveau des cadres dirigeants mais également comment cela se décline sur le terrain pour qu'il y ait une bonne appropriation par l'ensemble des acteurs. Nous avons donc beaucoup travaillé sur la déclinaison entre IDE par exemple et assistante sociale ou travailleur social, éducateur spécialisé.



« Nous sommes face à un certain nombre de clivages historiques importants et c'est difficile de surmonter cette situation ».

Q : A vous entendre nous pouvons nous questionner sur la stratégie à adopter, cette journée étant consacrée à la coopération entre les différents secteurs, mais ne faudrait-il pas plutôt dans ce cas réunir ce qui a été séparé ? Essayer de faire ensemble ce qui a été construit séparément ?

« Pour moi, ce n'est pas pareil de parler d'intégration, de coopération, voire d'articulation. Si nous articulons, nous sommes dans une représentation mécanique des choses. Si nous coopérons c'est que nous faisons du lien au moyen de conventions. Aujourd'hui, l'idée serait d'avancer vers des systèmes plutôt intégrés mais lorsque nous disons cela nous nous heurtons à des réflexes identitaires, en particulier dans le secteur social et médico-social où il y a 13 métiers identifiés par le CASF mais 143 qualifications. Nous avons donc un paysage extrêmement émietté dans le secteur social et médico-social et dès qu'on touche – et je l'ai vu évoqué dans la charte – la question d'un tronc commun cela pose problème dans le secteur social et éducatif mais alors lorsqu'on en parle dans les relations entre IFSI et IRTS nous voyons que ce sont des choses extrêmement sensibles ». **« Cependant, nous pouvons nous dire que dans un premier temps la charte est un moment important mais il faut prendre en compte que c'est un moment transitoire. Nous n'avancerons que si nous allons vers des systèmes intégrés ».**

Q : Est-ce que la coopération entre les professionnels du sanitaire et du médico-social – et la charte en est une illustration - n'exprime pas une forme de solidarité ? En quoi cette coopération à laquelle ils aspirent ne se heurte-t-elle à une forme de

résistance entre tout ce qui les sépare ? Est-ce que nous ne pouvons pas lire ces coopérations comme des formes de résistance ?

« Oui le terme est bon. En fait, c'est une question très ancienne. Une fois tenu le discours bienséant sur le bienfondé de la coopération, dès que l'on aborde la question des champs de compétences et de pratiques, la réalité est beaucoup plus difficile. Parce que parler d'un cadre institutionnel sanitaire et médico-social on le voit bien mais parler des pratiques, parler de « qu'est-ce que l'accompagnement social » et « qu'est-ce que le soin » est un problème et on peut se faire accrocher sur ces termes-là ».

« Ce qui est malheureux dans notre système c'est qu'il ne pourra évoluer qu'avec des messages forts et éventuellement des contraintes ».

« Je vous donne un exemple puisque nous parlons tout à l'heure de la protection de l'enfance. Il y a eu deux articles dans la loi du 5 mars 2007 concernant la protection de l'enfance. Une chose est passée assez inaperçue c'est le concept de formation pluridisciplinaire obligatoire. Autrement dit, si une personne veut travailler dans le champ de la protection de l'enfance, elle est censée avoir des modules en commun. Or, quand est sortie la loi de 2005 sur le handicap et d'autres législations, en fait cette voie n'a pas été suivie. Donc c'est vrai que quand nous parlons de résistance, nous parlons en termes de tensions, de territoires, de lutte, de conflits, etc. Le problème c'est qui régule ?, qui décide ? Pour participer au Haut conseil de la santé publique et également du Haut conseil au travail social, nous nous retrouvons avec des situations difficiles. Je pense que la

Haute autorité en santé (HAS) et la commission sociale et médico-sociale est sans doute un des lieux de décision mais quand il est écrit dans la charte qu'il faut développer une sémantique commune, rien que cela pose un problème. Nous avons un certain nombre de difficultés qui fait que dans le vocabulaire spontané on ne tient absolument pas compte des niveaux de réflexion qui se sont tenus. Donc au-delà du discours très bienséant, il faut à un moment donné poser les choses sur la table. Peut-être que la formule d'une conférence de consensus pourrait-être une idée. C'est d'ailleurs ce que fait la HAS. »

Q : Est-ce que les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) vous paraissent de nature à réconcilier les professionnels des deux secteurs ? Sont-elles suffisamment contraignantes comme vous l'évoquez pour amener une évolution voire une transformation ?

« A mon sens, il y a deux questions. D'abord, qu'est-ce qu'une bonne pratique ? Nous voyons davantage ce qui est une mauvaise pratique car le code pénal en général intervient pour les définir. Les bonnes pratiques constituent une notion plus incertaine, moins définie mais admettons. Dans ce cas, la seconde question est de savoir d'où viennent ces bonnes pratiques et quel est le lieu de leur élaboration ? Autrement dit, qui a la légitimité pour définir ce qu'est une BPP ? Aujourd'hui, c'est le comité de psychiatrie et santé mentale de la HAS qui travaille sur ces questions. Les choses se sont d'ailleurs un peu clarifiées avec la disparition de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Mais, la question n'est pas tellement celle de faire édicter des BPP que celle de faire qu'elles soient appropriées par les acteurs.

La tendance a été de définir des BPP de manière étroite et spécifique alors que la problématique majeure est celle de leur diffusion dans la réflexion collective, ce qui doit passer par des enjeux de formation initiale et continue et « case management ». L'appropriation reste l'enjeu essentiel. Si cela tend à se clarifier entre médecins et directeurs, cela reste encore parfois compliqué entre les autres professionnels venant de formations différentes. »

Q : Marcel Jaeger interrogeait quel est le lieu d'élaboration des bonnes pratiques et dans ce cas il faut se retourner vers Véronique Ghadi de la HAS. Il y a quelque année la HAS a mis en place un programme de psychiatrie et santé mentale. Pouvez-vous nous retracer le contexte de ce programme, nous dire quels sont les acteurs que vous avez dû mettre autour de la table et comment vous êtes parvenus à construire ce consensus ?



• **Véronique Ghadi**
- Directrice de la qualité, de l'accompagnement social et médico-social à la HAS

« La HAS est un lieu de production des RBPP mais ce n'est pas le seul. Il y a également les associations, les sociétés savantes et les fédérations qui se sont mobilisées sur la question, nous l'avons vu avec la crise de la COVID-19 ».

« Pour transformer les pratiques, il faut que les recommandations existent,

qu'elles soient rédigées, que les acteurs aient confiance dans ces recommandations, qu'ils estiment que l'institution qui les produit est légitime, que la méthode qui a permis de les produire est légitime. Ensuite, il faut que ces recommandations soient connues, diffusées, lues et qu'elles soient appropriées à tous les niveaux des organisations et ce n'est pas forcément là un sujet très simple. C'est un sujet si peu simple que la HAS a mis en place, depuis maintenant un an et demi, une « commission impacts » pour justement aborder cette question. Cette commission vise à évaluer si les recommandations édictées viennent ou pas impacter les pratiques sur le terrain - et si tel est le cas - mesurer les impacts. Le premier sujet que ma Direction a proposé à cette commission c'est le guide concernant les services à domicile et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Parce qu'avec ce guide l'un des publics que nous essayons de toucher ce sont les auxiliaires de vie. Et si on voit que la HAS peut assez facilement parler à des Directeurs de structure, est-ce qu'elle est en mesure de parler assez facilement à des auxiliaires de vie c'est moins évident. Et la question finalement c'est « quel est le processus qui va permettre de toucher ces professionnels et d'impacter du coup les pratiques ? »

Dans le champ de la santé mentale, le lien avec la HAS est une longue histoire qui a débuté vers 2013. En effet, à cette époque, la HAS a été sollicitée par différents organismes pour édicter des recommandations en santé mentale. C'est un moment charnière qui place le monde de la psychiatrie dans une position de demandeur et d'attente vis-à-vis de recommandations dans le secteur, ce qui n'était pas forcément le cas auparavant. Il

y avait donc un vrai besoin exprimé par les acteurs de gagner en cohérence, de proposer des réponses adaptées et de mettre des priorités dans les sujets à aborder. Or, lorsqu'il faut élaborer des recommandations, il faut le faire avec les professionnels concernés et pour ce faire, trouver un lieu où il est possible d'échanger sur ces questions. Ce lieu de discussions voire de confrontations n'existait pas dans le secteur, il a donc fallu en créer un. La mise en place du comité de psychiatre et de santé mentale au sein de la HAS n'a pas cherché à rassembler de manière exhaustive l'intégralité des acteurs concernés mais de réunir des acteurs très divers pour nourrir le débat. Ce comité mis en place existe toujours. Il a été un franc succès et peu de temps après la DGOS a mis en place son propre comité de santé mentale. Cela a d'abord permis d'établir un programme de travail commun puis de mettre en place un mode de fonctionnement partagé sur un rythme d'une réunion par an, ayant pour objectifs de rendre compte de l'évolution du travail et d'essayer de faire ressortir des identités et/ou solutions communes. Le fait d'avoir des temps de travail prédéfinis autour de sujets bien identifiés a été gage de succès de cette initiative. Pourtant, il n'est jamais simple de mêler des cultures différentes et de faire travailler ensemble des professionnels que ne se connaissent pas ou peu. Ce comité de suivi a ensuite été doublé d'un comité de pilotage afin de faire dialoguer les différents services travaillant autour de ces sujets. Le bilan de ces premiers temps de travail a été très positif. Au démarrage, les sujets traités étaient assez classiques mais nécessaires comme la prise en charge de la dépression en service de médecine générale et puis l'enjeu premier était d'abord de construire cette dynamique. Depuis 2018, un second programme a vu le jour, sous une forme

beaucoup plus intégrative. C'est-à-dire qu'il aborde les RBPP dans le champ médical mais il s'est également saisi des sujets de l'ANESM, lorsque l'ANESM a été intégré dans la HAS. Nous avons également eu un renforcement de la place d'autres services qui étaient du côté de l'évaluation médico-économique de santé publique (ex : travaux sur l'électrostimulation). Avoir un comité de pilotage qui intègre l'ensemble de ces facettes cela fait progresser tous les services. Le comité de pilotage psychiatrie et santé mentale de la HAS a également intégré Marcel Jaeger puisqu'il est aussi vice-président de la commission sociale et médico-sociale de la HAS et que cela nous semblait être une manière de commencer à construire aux niveaux des instances cette coopération. En tout cas ce qui est sûr c'est que quand l'ANESM a rejoint la HAS, il y avait (et il y a encore parce que cela va être encore une très longue histoire) cet enjeu d'intégration entre sanitaire, social et médico-social, avec un historique que vient de vous décrire Marcel Jaeger et qui montre toute la difficulté de l'entreprise. Et finalement le programme de santé mentale est sûrement un des supports les plus opérants pour construire ce pont entre sanitaire, social et médico-social et ce sont les sujets internes au sein de la HAS sur lesquels nous avons construit nos premières coopérations.



Nous avons un programme aujourd'hui qui porte un certain nombre de sujets qui

vont être co-portés par les directions sanitaires et médico-sociales. Il y a des travaux qui démarrent sur le psycho-trauma du repérage au diagnostic puis la prise en charge d'une part pour les enfants et d'autre part pour les adultes. Et je pense que cela vous parle car une grande partie de vos publics accompagnés est concernée par cette question du psycho-trauma qui est encore très sous-estimée. C'est là où nous avons une question : est-ce que c'est médical ou est-ce que cela ne l'est pas ? En même temps nous voyons bien que les personnes souffrant de psycho-trauma sont très souvent accompagnées par des établissements ou services sociaux et/ou médico-sociaux. Donc quelle est la place des uns et des autres ? C'est autour de discussions que nous avons en interne que nous nous disons effectivement « il y a un problème médical », qu'il faut que nous identifions, que nous documentions et qu'il nous faut outiller les professionnels sanitaires et médico-sociaux. Il faut de toute façon un repérage en amont afin de pouvoir orienter vers le médical puis avoir une prise en charge qui va s'installer dans la durée avec les professionnels du social et du médico-social. Ce travail doit donc être centré d'abord sur un niveau médical tout en intégrant l'apport des professionnels du social et du médico-social puis ensuite en le déclinant vis-à-vis du monde du secteur social et médico-social pour permettre ces aller et retours entre les différents professionnels.

Nous avons aujourd'hui d'autres projets dans le cadre de ce programme qui aborde la question de la coopération entre le champ sanitaire, social et médico-social avec par exemple un sujet qui commence tout juste avec la question de la santé mentale et de la précarité. Là encore, comment repérerons-nous les personnes souffrant de problématiques touchant à la

santé mentale chez des sans-abri ou des personnes aux conditions de vie très précaires ? Il y a nécessairement un lien à faire entre le sanitaire et le SSMS. Il y a également le sujet de l'articulation entre les services pédopsychiatrique et la protection de l'enfance. Ce sujet est en cours de cadrage mais très fortement porté par le champ de la protection de l'enfance. En même temps, de l'autre côté, il y a les difficultés remontées par les professionnels de santé à travailler avec les acteurs de la protection de l'enfance. L'enjeu est donc que chaque type de professionnel dans sa situation compliquée – sans être de mauvaise volonté – cherche à mieux comprendre les missions et les difficultés des uns et des autres. D'un côté, les professionnels de la protection de l'enfance (PE) ont besoin d'être aidés et accompagnés. De l'autre côté, les professionnels de santé voudraient que les enfants arrivent plus tôt pour mettre en place des suivis. Enfin, il existe un autre levier pour faire évoluer les pratiques – au-delà des RBPP - le travail avec les personnes accompagnées et leur entourage. Il y a donc de nouvelles recommandations sur l'engagement des usagers. »

« Nous croyons fermement à la HAS que la coopération, le dialogue, la prise en compte de la personne et la construction à tout niveau avec l'association des personnes et des familles sont les vrais facteurs permettant l'évolution des pratiques »

Q : Est-ce que la HAS va recommander la charte des BPP proposé par le GEPSO, AdESM et l'ANPCME ?

« J'ai pris de nombreuses photos des diapositives et de la charte que je vais

partager avec mes collègues dès cet après-midi afin d'en échanger. »

Echanges avec la salle :

Q : Je vais rebondir sur ce que vous avez dit sur l'importance de la participation des usagers et vous poser la question de savoir s'il y a des usagers à la HAS ?

• **Véronique Ghadi**

« Oui, pour le coup il y a une très grande antériorité de la collaboration entre les usagers et la HAS. Puisque nous avons mis en place dès 2007 une charte de partenariat avec les associations et nous avons intégré très tôt les usagers dans nos groupes de travail sur les recommandations. Nous les avons également intégrés assez rapidement dans les commissions relevant de notre « responsabilité pure » comme la commission de certification des établissements de santé. Nous avons également beaucoup milité pour que les représentants des usagers puissent siéger dans des commissions plus réglementées et très techniques comme la commission d'évaluation des médicaments. Je ne vous parle pas de la commission sociale et médico-sociale puisque pour le coup cela a été édicté par le décret et nous avons la chance d'avoir six représentants d'usagers au sein de commission, ce qui en fait la plus forte proportion. Toutes les activités de la HAS sont construites et pensées avec une participation des usagers et c'est d'ailleurs l'un des axes de notre projet stratégique 2019-2024 que de faire de l'engagement des usagers une priorité. Après la difficulté c'est de soutenir méthodologiquement l'engagement de ces personnes car si vous mettez un usager seul au milieu d'un groupe de professionnels - à moins d'avoir

un président associatif très communicatif, combatif qui va vouloir faire entendre sa voix – cela va être très difficile. Nous avons donc aussi cette réflexion que nous menons aujourd’hui pour essayer de faire en sorte que ces représentations ne soient pas que de façade. Dans ce cadre, nous avons monté un « service de l’engagement des usagers » qui a à la fois comme mission de nous épauler dans une plus grande participation des usagers dans nos travaux mais également de produire des documents à destination des usagers (comme la recommandation produite sur l’engagement des usagers). Nous avons également un « conseil de l’engagement des usagers » qui est composé pour moitié de professionnels et pour moitié d’usagers du secteur sanitaire et du SSMS. »



• **Romain Rey** (en visio)
- Psychiatre responsable de service, CH Le Vinatier / Chercheur, Centre de Recherche en Neurosciences de Lyon
[Voir le support de présentation](#)

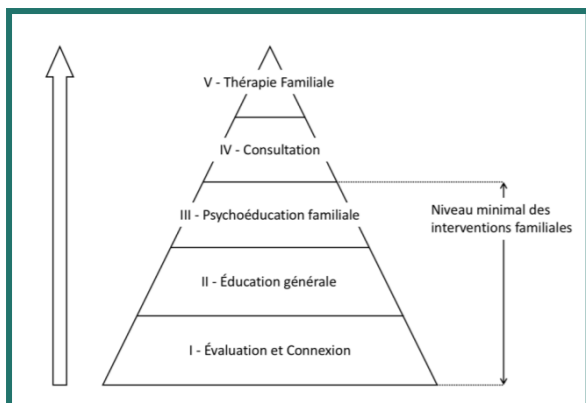
Q : En quoi consiste les interventions que vous faites auprès des proches aidants ?

« Nos interventions visent à structurer et rendre le plus systématique possible le parcours pour les proches aidants. Avant de préciser le contenu, je souhaiterais revenir sur quelques notions introductives. De nombreuses études internationales ont montré que la population des aidants n’est pas superposable à celle de la population générale. Leur niveau de vulnérabilité est

plus élevé. La population aidante est en moins bon état de santé mentale et physique que le reste de la population générale.

« Les aidants qui accompagnent un proche avec des troubles psychiatriques sont caractérisés par un niveau de santé encore moins bon que ceux qui accompagnent une personne avec pathologie chronique non psychique »

« Nous disposons d’un certain nombre d’interventions qui sont efficaces comme par exemple la psychoéducation. La psychoéducation est une forme d’éducation thérapeutique présentant l’avantage d’être efficace tant auprès du patient (avec la même amplitude de bienfait qu’une approche médicamenteuse) qu’auprès des aidants eux-mêmes. Le paradoxe de la situation française actuelle est qu’elle présente une situation dans laquelle les aidants sont vulnérables et les interventions de psychoéducation sont efficaces pour eux mais que malheureusement ces dernières sont insuffisamment disponibles. La seconde problématique avec ces interventions est que pour qu’elles soient bénéfiques (autrement dit maximales et durables), elles doivent s’étaler dans le temps. Il y a une manière de représenter graphiquement ce parcours à destination des aidants : la « pyramide des soins familiaux » (cf. le support de présentation pour le détail).



Il s'agit d'une pyramide divisée en cinq niveaux, avec les trois premiers niveaux qui seraient « indispensables » qu'il faudrait pouvoir proposer à toutes les familles quelle que soit la situation du proche qu'elles accompagnent. Ce sont des niveaux successifs dans le temps, avec un premier niveau qui est le « socle », c'est-à-dire un niveau qui permettrait d'accueillir toutes les familles de manière systématique et très précoce pour leur apporter des éléments de compréhension de l'organisation des soins en santé mentale. C'est un niveau initial où on délivre les informations « socles » et où met en place des stratégies pour connecter les aidants à la suite du parcours. Puis nous avons les deux autres niveaux obligatoires : un niveau d'éducation générale où on va compléter les connaissances des aidants et commencer à leur délivrer des compétences et le dernier niveau des programmes de psychoéducation longs (dont certains nationaux en particulier : « Profamille »).

« Il faut que ces programmes puissent s'articuler et prendre la forme d'un parcours pour que les effets puissent être durables ».

« Une des particularités de ce parcours en France, c'est qu'il est partagé puisqu'il est organisé à la fois par des acteurs du

système de santé pour le premier et troisième niveau (programmes psychoéducatifs initiaux et « longs ») et par des associations de familles pour le second (programmes d'éducation générale). Un des défis pour structurer un parcours des aidants est de pouvoir mettre en lien les professionnels de santé et les associations familiales, de manière à créer un parcours harmonieux, cohérent et fluide. En outre, les interventions doivent être partagées dans le temps (base de la pédagogie) et permettre aux associations de développer des réseaux de soutien pour identifier des pairs, des lieux et des ressources sur le long terme. Ce sont là les aspects théoriques. Dans un second temps, je vais développer les modalités plus pratiques c'est-à-dire comment nous pouvons mettre en œuvre ces grandes idées et comment cela a pu être fait au CH Le Vinatier en région Auvergne-Rhône Alpes. »

Q : Vous avez évoqué le fait que les programmes éducatifs comme la psychoéducation ont une forte efficacité (seconde après celle liée aux traitements médicamenteux, notamment en termes de schizophrénie). En quoi ces programmes éducatifs font-ils partie selon vous des bonnes pratiques ? Pourquoi ne sont-ils pas plus développés ?

« Je pense qu'il y a plusieurs explications qui ont concouru à freiner les interventions familiales, particulièrement en France d'ailleurs. Il faut s'avoir que ces interventions sont plus développées et assez répandues dans d'autres pays (y compris des pays voisins comme le Royaume-Uni). L'une des raisons anciennes - qui tend à s'effacer - tient à certains mouvements théoriques qui ont longtemps prévalu dans le domaine de la Santé mentale. »

« Pendant longtemps, le courant psychanalytique n'était pas favorable à l'inclusion des familles dans la prise en charge des usagers »

« C'est un premier frein qui a longtemps prévalu et qui commence vraiment à disparaître. Ce n'est pas l'unique frein, je pense qu'il y en a un autre et celui-ci est plus actuel. »

« Ce principal frein est la méconnaissance des professionnels de santé de l'efficacité de ces interventions, même si nous pouvons observer des évolutions en cours dans le domaine de la formation »

« Cette méconnaissance des professionnels se double également de la méconnaissance de l'intérêt de ces interventions-là par les aidants eux-mêmes, y compris sur leurs besoins. Cette méconnaissance s'étend sur différents points et notamment sur la question du secret médical qui pendant longtemps a été un frein dans ce domaine puisqu'il empêchait une mise en lien systématique avec les familles. Or il existe des formations pour les familles, quelle que soit la situation en question, qui ne demande pas de briser le secret médical pour avoir du contenu. Il y avait aussi l'idée pendant longtemps que les formations à destination des familles était quelque chose de très compliqué qui nécessitait un niveau d'expertise particulier de la part des professionnels de santé (ex : DU de thérapie familiale). Cette idée était probablement nourrie par le fait que les programmes psychoéducatifs existants étaient assez lourds à mettre en œuvre, nécessitant beaucoup de préparation.

Enfin, un dernier point qui est valable autant du côté des professionnels de santé que des associations de familles, est qu'il y avait une méconnaissance de ce que proposent ces deux mondes. Nous avons donc cherché à résoudre ces différents problèmes en créant il y a quelques années un programme co-construit et co-animé avec une association de famille : le programme « Bref ». »

« Notre programme d'intervention « Bref » est un programme court et initial. Il vise à s'adresser précocement et systématiquement à tous les aidants quel que soit le diagnostic de leur proche (y compris si ce diagnostic n'est pas encore porté) »

Ce programme s'organise en trois séances avec un format court d'une heure (sans volonté d'être exhaustif). Ce programme intègre une stratégie qui vise à connecter les aidants au reste du parcours (éviter que ce programme soit un « one shot ») et c'est par ce biais qu'ils obtiendront les bénéfices de manière durable. Une des stratégies très forte pour connecter les aidants aux parcours est notamment le fait que la troisième séance soit co-animée – en sus des deux professionnels de santé – par un représentant d'association. Un des défis de ce programme est donc de dépasser ce problème de méconnaissance dont souffrent les professionnels de santé et les bénévoles associatifs.

Dans ce but, nous avons donc créé de manière complémentaire une formation associée au programme « Bref ». Comme c'est un programme que nous voudrions précoce et systématique à déployer un peu partout, nous avons donc conçu une journée de manière à ce qu'elle puisse être diffusée facilement. La formation se fait

donc sur une journée. Elle est gratuite. Elle s'adresse à tous : les professionnels de santé, les administratifs, les bénévoles associatifs (le discours est donc le même vis-à-vis de tout le monde). Cette journée a pour but de mettre à jour les connaissances, lever l'idée que les interventions au niveau des familles est quelque chose de compliqué et transmettre tous les outils pour mettre en place le programme « Bref » au sein de leur structure. C'est une formation accessible à tous il suffit de nous écrire (cf. adresse email sur le diaporama). Elle se fait soit à l'Hôpital Le Vinatier, soit sur site car nous nous déplaçons. A l'heure actuelle, nous faisons au moins trois journées de formation par mois. Pour soutenir ce rythme de formation, nous sommes en train de réfléchir à faire aussi une formation en distanciel (format e-learning) et à doter d'autres centres de la capacité à former au programme « Bref » (en cours de façon expérimentale au sein de la région Rhône Alpes). »

Echanges avec la salle :

Q : Vous avez parlé d'un travail que la HAS a engagé avec le secteur de la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie. Avez-vous songé à associer les IME qui rencontrent également de problèmes avec la pédopsychiatrie ?

• **Véronique Ghadi**

« Dans la mesure où nous en sommes encore à l'étape du cadrage, je pourrai donc transmettre cette question. Mais dans les premiers éléments de discussion, c'était vraiment très centré sur la protection de l'enfance (sachant qu'il y a des jeunes qui sont pris en charge par plusieurs types de structures). La question s'était aussi posée sur les ITEP pour des

jeunes qui sont suivis à la fois par la protection de l'enfance et le secteur du handicap. L'enjeu a été très centré sur les dispositifs prenant en charge des enfants suivis également par la protection de l'enfance. Ensuite pour ceux qui ne relèveraient pas du tout de la protection de l'enfance, cela n'a pas encore été envisagé. Ceci étant si vous pensez que cela doit l'être, cela pourrait faire partie d'un travail ultérieur. L'expérience montre néanmoins qu'il ne faut pas trop élargir un sujet pour que le rendu ne soit pas trop épais et rebutant car partant dans tous les sens. Mais si cela constitue vraiment un sujet et que cela mérite d'être mis à l'agenda du programme santé mentale, il ne faut pas hésiter à saisir la HAS. Il y a des modalités de saisines spécifiques. Par contre, il faut que cette demande soit portée par une association, comme par exemple le GEPSO. »

Q : Existe-t-il des textes ou un guide à venir et si oui dans quels délais afin de savoir s'il est pertinent ou non d'avancer complémentirement au niveau local (Hôpital Henri Guérin) sur l'élaboration d'une charte entre la protection de l'enfance et la pédopsychiatrie ?

• **Véronique Ghadi**

« C'est une recommandation que nous sommes en train de produire. La phase exploratoire démarre actuellement, c'est-à-dire que nous sommes en train de rencontrer les acteurs des deux secteurs pour s'assurer que nous identifions bien les bonnes problématiques et que nous arrivons bien à délimiter le sujet. Cela signifie que le cadrage devrait être finalisé en début d'année prochaine. Il y aura ensuite une analyse de la littérature puis quatre ou cinq groupes de travail (GT) avec des professionnels et des usagers dont

nous analysons les liens d'intérêt (cf. méthodologie HAS). Ces GT vont élaborer les recommandations qui seront ensuite mises en concertation et relues par différents acteurs avant d'être validées par les instances de la HAS - ce qui prend du temps. Il ne faut donc pas s'attendre à une parution de ces documents avant au moins le courant de l'année 2022. Ma recommandation, puisque vous êtes dans la dynamique, c'est de ne surtout pas nous attendre. Mais j'insiste auprès de vous tous, si vous avez des initiatives qui émergent, faites les connaître pour qu'elles puissent éventuellement être intégrées dans nos travaux. Il y aura également la possibilité de réajuster votre charte en fonction des retours qu'il y aura alors. »

Table ronde - Les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), enjeux et conditions de réussite pour la coordination des dispositifs et des acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux.

 [Revoir](#)

Q : Qu'est-ce que la FNAPSY ? Comment les patients ont été associés à l'élaboration des PTSM ? Que pensez-vous des PTSM et de la charte de bonnes pratiques ?



• Claude Finkelstein

- Présidente de la FNAPSY

« Nous, usagers, sommes venus en désespoir de cause vous voir vous articuler entre professionnels du sanitaire, du social et du médico-social »

« Je suis militante bénévole depuis 1998 et c'était mon rêve - notre rêve - mais pour l'instant je n'ai pas l'impression que ce soit vraiment une réalité. Je tenais néanmoins à vous féliciter pour cette journée car semble-t-il vous ouvrez par cette intervention pluridisciplinaire une porte. Je vous remercie également d'avoir maintenu cette journée de travail car cette crise commence à être très anxiogène pour nous. Cette COVID-19 provoque pour les usagers des instabilités et a des incidences importantes sur la psychiatrie car nous avons besoin de sécurité et la stabilité qui nous manquent énormément actuellement.

A la FNAPSY, nous avons beaucoup apprécié que l'ANESM soit « aspirée » par la HAS. Nous travaillions avec les deux mais maintenant avec la HAS nous avons fait vraiment un travail de coordination et de réflexion globalisée.

Pour moi dans PTSM, il y a deux mots à retenir. Il y a le « T » comme « territoire » puisque les PTSM ont permis une certaine définition et mise en place des territoires. Quand nous avons commencé à parler de territoire en psychiatrie, nous ne savions pas trop quoi y mettre (le département, la région, la France entière, etc.). Nous nous posons donc bien la question. Je pense que les PTSM ont joué un rôle de locomotive pour faire rentrer cette notion de territoire au sein de la psychiatrie. Il y a également dans le PTSM le terme de « coordination »

avec derrière le sanitaire, le social, le médico-social, la citoyenneté, et cela c'est très important.

Nous regardons les PTSM au niveau national. Au niveau national, grâce aux PTSM, il nous a été remonté quelques belles réalisations, quelques « couacs » et des endroits où cela ne semble pas très opérant. Au niveau national, celui qui semble le mieux travaillé aux yeux des usagers (nous autres hommes, femmes mais avant tout des citoyens) – c'est le travail réalisé à Lyon. Je pense que ce travail a été favorisé car il y avait une agglomération lyonnaise et une communauté de villes qui ont permis l'implantation de ce PTSM. Il y a également eu les moyens qui ont été mis à Lyon pour que ce PTSM marche bien. Là nous avons eu l'impression qu'il y a eu un vrai travail de terrain que nous avons beaucoup apprécié. Maintenant, nous trouvons – après nous sommes critiques nous voulons toujours le mieux pour nous - que cela devient un peu trop « procéduré » (pas « procédurier »). Je pense aussi qu'à Lyon il y a différents hôpitaux (publics et privés à but non lucratif) qui ont des cultures propres mais qui travaillent très bien ensemble et c'est une bonne chose (il y a aussi le Président de l'AdESM, M. Mariotti qui ayant un regard national enrichi aussi ce PTSM).

J'ajouterais également sur ce point du PTSM, l'importance de la sémantique. J'entends toujours parler de bientraitance mais je ne suis pas d'accord car la bientraitance c'est la normalité, c'est à la lutte contre maltraitance à laquelle il faut s'attaquer. C'est important de bien nommer les choses. A ce titre, je ne devrais pas entendre parler de « comité de bientraitance », il faudrait plutôt les appeler des « comités contre la maltraitance ». Il faudrait plus largement

avoir des travaux sur la sémantique : quelle est la différence entre la psychiatrie et la santé mentale ? Il y a une grande différence entre les deux : c'est que la psychiatrie c'est du soin, c'est quand nous sommes malades, c'est lorsque nous avons des crises, alors que la santé mentale, c'est de la santé publique, c'est du bien-être. Cette différence est importante car elle signifie que les soins concernent des psychiatres et donc l'hôpital alors que la santé mentale, c'est de la santé publique. A la FNAPSY, cela nous est égal d'être appelé « usagers » ou « patients » car en réalité nous sommes des citoyens, des hommes et des femmes comme les autres. Cela ne fait pas très longtemps que le mouvement de la FNAPSY existe et quand nous sommes arrivés nous avons copié sur les Anglo-saxons qui avaient dix, quinze, vingt ans d'avance sur nous et ils appelaient cela des « users ». Nous avons donc traduit en « usagers » (plutôt que « utilisateurs »). Nous écrivons d'ailleurs plutôt « usagés » avec l'humour que nous nous permettons entre nous.

La FNAPSY signifie « Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatrie » (anciennement appelée « Fédération Nationale des associations de Patients des services PSYchiatriques »). Nos adhérents sont des personnes qui ont toutes connues la maladie mentale ou qui la subissent encore. Nous fonctionnons sur un mode déclaratif. Nous ne demandons pas de certificat médical pour justifier de sa maladie (c'est déjà assez stigmatisant). Nous fonctionnons sur la base de 60 associations implantées sur toute la France, constituées uniquement d'usagers. Nous utilisons nos « défauts » pour faire marcher les associations d'usagers. Notre organisation est généralement la même dans chaque association – plutôt simple - avec des présidents maniaque-dépressifs

(aidés en général d'un ou deux présidents atteints d'une autre pathologie), la fonction de trésoriers est plutôt occupée par quelqu'un qui subit des « tocs », les services d'information sont souvent assurés par des schizophrènes et pour les services téléphoniques ce sont souvent des personnes qui ont subi une dépression quand elles vont bien.

Je vois ici et là des choses, notamment sur l'aide aux aidants, thématique à la mode et cela fait plus de 20 ans que je dis qu'avant d'aider les aidants, il faut d'abord aider les aidés. Car toujours entendre parler de cette manière-là c'est nous infantiliser. Puisque quand nous allons bien, nous savons gérer l'affaire et quand nous allons mal nos pairs sont là et nous remplacent. Nous voulons bien être des partenaires mais nous ne voulons pas être sous curatelle ou tutelle, etc. (sauf si besoin pour les biens).

Je voudrais aussi vous parler de la démocratie sanitaire, la représentation des patients dans les PTSM. Elle rejoint ce qui a été fait en général dans la société actuellement. Autrement dit, il est demandé à une personne de représenter d'autres, mais il ne s'agit pas forcément de quelqu'un qui est militant, qui a l'habitude de travailler dans une association. C'est très grave en réalité car nous avons un regard sur la maladie (et c'est bien en cela) mais ce n'est pas la même chose quand nous sommes maniaco-dépressifs, quand nous souffrons de schizophrénie ou de dépressions, ce n'est pas la même chose, les paroles ne sont pas les mêmes. Moi je peux parler d'autres pathologies car j'ai des personnes autour de moi qui m'ont expliqué, j'ai cette culture associative bénévole de représentation derrière moi et je ne suis pas la seule. Par contre vous allez avoir de plus en plus de mal à avoir des

représentants des usagers. Pourquoi ? Premièrement, vous (les professionnels de santé de toute nature) les avez découragés, voire vous les avez presque cassés. Nous ne sommes pas écoutés, nous ne sommes pas entendus, on nous fait taire ou on détourne le visage, même moi je le subis et je les comprends. Cela fait 5 ans que je constate ce découragement qui grandit chaque année. En plus, vous avez un effet qui appuie encore plus cette conséquence là c'est que vous demandez de plus en plus aux usagers : de plus en plus de commissions, de plus en plus de réunions, de plus en plus de présence, etc. Or, premièrement, nous le voyons bien au milieu des professionnels, l'utilisateur n'ouvrira pas sa bouche, il n'osera pas s'il a envie de dire quelque chose. Deuxième chose, il est bénévole aussi, il n'est donc pas payé, il fait cela en dehors de ses heures de travail. Il faut donc mettre fin à cette apparence de démocratie sanitaire et ces beaux éléments de langage (et je ne vous parlerais pas des autres comme la co-construction).

L'avantage des PTSM c'est qu'il y a plusieurs strates. Tout le monde parle ensemble pour la première fois. Il y aussi les patients-citoyens et la cité ». **« Ce qui manque dans les PTSM aujourd'hui, c'est une procédure d'évaluation pensée en amont »**. « Je pense que c'est un bel avenir mais s'il n'y a pas d'évaluation, ce sera sûrement une belle idée qui s'éteindra toute seule. »

« N'oubliez pas de prendre en compte la personne dans son intégralité. Personne n'a la bonne réponse à part nous-mêmes lorsque nous pouvons exprimer nos besoins.

Il faut donc nous accompagner à exprimer nos besoins »

« La charte est selon moi excellente, vous y parlez de sémantique, de culture, de formation commune, c'est vraiment le bon chemin pour arriver à quelque chose. »

Q : Vous avez évoqué l'avance des Anglo-saxon sur la France en matière de participation des usagers et c'est un constat plutôt partagé. Est-ce que vous avez l'impression que les PTSM permettent de rattraper le retard pris par la France sur l'Angleterre ?

« Oui, le PTSM va nous permettre d'arriver à un bon niveau, à condition d'être évalué par une instance extérieure (les citoyens, les patients, etc.), c'est indispensable. S'il n'y a pas d'évaluation, nous ne rattrapons jamais les Anglo-saxons. Pourquoi ? Parce que les Anglo-saxons ont une vraie culture de l'évaluation. »

Q : Vous avez évoqué la difficulté des usagers à se faire entendre. Quelle est l'attitude que pourraient adopter les professionnels pour faciliter et soutenir l'expression des usagers ?

« Oui cela serait possible à condition qu'il y ait deux collèges dans les commissions PTSM avec un « collège usagers » et un « collège professionnel ». Le « collège usagers » a l'ordre du jour, il discute dessus et il a un porte-parole qui rapporte l'ordre du jour au « collège professionnel ». Celui-ci dispose alors de l'ordre du jour et peut continuer le travail déjà fait en amont. »

Q : Nous avons bien compris que dans les PTSM il y a plusieurs strates et notamment celle de l'ARS. Pouvez-vous nous dire comment les PTSM se sont mis en place en

Nouvelle-Aquitaine et quel a été le rôle de l'ARS ?



• **Stéphane Dufaure**
- chargé de mission santé mentale à l'ARS Nouvelle-Aquitaine et référent PTSM Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

« Tout d'abord, la Nouvelle-Aquitaine, c'est douze départements. Nous avons finalement eu 10 PTSM avec un PTSM qui regroupe trois départements : la subdivision du Limousin (ce que je crois est une exception en France) car il y avait des collaborations assez anciennes des acteurs de la psychiatrie sur ce territoire. Sa construction a été très chronophage au début. Nous avons débuté en septembre 2017, très tôt après la publication du décret (9 diagnostics arrêtés sur 10 aujourd'hui et 4 PTSM validés par le DG ARS). Nous espérons malgré la COVID avoir les 10 PTSM réalisés à son terme pour décembre 2020. Mais nous sommes partis très tôt. C'était la volonté de notre DG ARS que de vouloir commencer très tôt car c'est un projet très complexe. En effet, le PTSM retrace la vie et le parcours de la personne (les loisirs, le logement social, etc.). Cela suppose de mettre autour de la table des personnes qui en temps normal ne se côtoient pas toujours ou en même temps. Mais aussi il y a les usagers qu'il faut aller

chercher car il manquait parfois d'usagers dans les commissions et les groupes de travail, or c'était aussi et avant tout pour eux ce travail. Car l'enjeu du PTSM c'est de le construire au niveau du département, cela ne vient pas d'en haut, cela vient donc du territoire.

Sur les travaux, il y a eu plusieurs groupes de travail qui ont été menés sur le diagnostic territorial partagé. Ce qui a été le plus fastidieux, c'est la mise à disposition de données, de cartographies, statistiques, PMSI etc. auxquels les acteurs locaux n'ont pas forcément accès. Nous avons donc proposé à nos collègues référents départementaux (12 référents Santé mentale qui suivent entre autres les PTSM) et les acteurs de terrain, la mise à disposition d'une grille de lecture et de complétude des diagnostics (6 priorités, 10 thématiques à suivre, 10 publics spécifiques) donc quelque chose d'assez « technocratique ». Nous avons aussi voulu mettre en place une boîte à outils avec une fiche action (cohérente au niveau du territoire) par type d'indicateurs (avec niveau d'appropriation variable possible). Ce que nous voulons, ce sont des indicateurs de résultats proposés dans chaque fiche actions. L'objectif n'est pas d'avoir un catalogue de fiches actions mais au maximum d'en sortir 10 à 20 pour avoir des choses concrètes et opérationnelles. Il faut également y associer des actions concrètes avec une temporalité associée et éviter absolument une liste « à la Prévert » (c'est un cadrage fait au niveau national). Nous allons également demander à ce qu'il y ait dans le PTSM un contrat et que ce contrat soit aussi signé par l'ARS en tant que régulateur mais aussi financeur. Nous souhaitons par ailleurs que tous les co-financeurs (Education nationale, PJJ, conseil départementaux, etc.) s'approprient ce contrat « socle » à la fois

adapté et adaptable car il y a des multitudes d'acteurs au niveau local. Le but de l'ARS a été de solliciter tous les acteurs (la CAF, la CPAM, etc.) qui ont leur rôle et leur place au sein des différentes thématiques traitées, d'être facilitateurs pour la co-construction avec le pilote et coordinateur des démarches (logistique, etc.). Enfin, nous nous étions mis comme prérogative pour ne pas « viser à côté », d'avoir une pré-validation du PTSM et des échanges avec les délégations territoriales, avant les instances. »

Q : Nous comprenons à votre écoute que la délégation Nouvelle-Aquitaine est très active dans la démarche. Concrètement, quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées sur les territoires ? Quels sont les freins qui ont été constatés ?

« Le premier frein, nous le retrouvons chez tous les collègues en région, est la participation de tous les acteurs. Déjà, il s'agissait de faire venir les institutionnels qui ne sont pas de notre compétence (d'autant qu'avec le temps, nous avons perdu certains acteurs de vue (ex : CAF, DDCS, etc.) et nous notons la faible participation des collectivités territoriales. Il y a également des agglomérations qui ne se sont pas toutes saisies de la question. Il y a eu un travail mené avec le CLSM qui a révélé l'importance du diagnostic. Là où il en manque, c'est là où nous n'arrivons pas à mobiliser les élus alors qu'il semble important qu'ils soient membres à part entière des groupes de travail.

Nous avons commencé tôt en septembre 2017, mais nous n'avons pas assez clairement affiché dès le départ que nous n'allions peut-être pas financer des actions même si c'était aussi une volonté. Donc de la part des acteurs il y avait aussi un frein de pas vouloir co-construire des choses sur lesquelles nous ARS ou les autres

financeurs ne pouvions pas nous engager financièrement. Puis la doctrine du financement est arrivée en 2019 avec les affichages, avec 3 millions d'euros de DAF psychiatrique dans la région où nous avons réparti équitablement cette somme en fonction du poids géographique, d'indicateurs de précarité, d'indicateurs de dépenses d'assurance maladie, etc. Pareillement, nous avons abondé car tout le monde ne bénéficie pas de la DAF (Dotation Annuelle de Fonctionnement) psychiatrique, de trois cents mille euros sur 5 ans de FIR (Fonds d'Intervention Régional) pour les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé mentale notamment (compétences psychosociales, déstigmatisation, etc.). Pareil pour le champ du médico-social, cela a été un choix du DG ARS que de réserver trois cent mille euros de CNR (Crédits Non Reconductibles) pour pouvoir financer ces actions de prévention/promotion sur tout le territoire. Chacun sait donc qu'il a une enveloppe et qu'il va donc pouvoir financer concrètement les actions, donc là cela a été une aide. Cela a permis de débloquent, de réactiver voire de relancer certains projets. »

Q : Est-ce que vous diriez que le levier financier est le seul de nature à débloquent les freins évoqués ou est-ce que vous en voyez d'autres ?

« Non, ce n'est pas le seul. Il n'y a pas non plus eu de financement pour le temps de chargé de mission pour cette mission très chronophage, c'est important de le dire. Nous n'avons pas pu détacher des chargés de mission dans chaque territoire pour décliner le PTSM. Il n'y avait pas non plus de doctrine nationale là-dessus. Nous nous sommes dit que les acteurs allaient s'autosaisir du sujet. Cela s'est donc fait à géométrie variable. Il est par conséquent

difficile d'avoir une consolidation homogène pour rendre une copie cohérente au final (cela rajoute du temps à la procédure déjà assez longue). C'est donc un mea-culpa de notre part de ne pas avoir donné les moyens d'avoir un chargé de mission consacré aux PTSM. Dans les freins, il y a eu également l'instruction de juin 2018 qui est arrivée tardivement. C'est quelque chose que nous avons commencé en juin 2017 or cette ordonnance donne quand même beaucoup de détails sur les attendus du PTSM et du diagnostic national. Comme nous étions partis bien avant en Nouvelle Aquitaine, nous avons donc dû « rattraper » certaines choses. Nous ne regrettons pas ce choix d'avoir voulu prendre de l'avance puisque l'échéance est en décembre alors que notre région compte douze départements. »

Q : Vous avez mis les mains dans le pilotage du PTSM. Est-ce que vous pouvez nous dire dans quel contexte vous avez pris vos fonctions et quel a été votre rôle concrètement dans l'élaboration du PTSM ?



• **Aurélie Le Ru**
- Chargée de mission pour le Projet Territorial de Santé Mentale du Morbihan

« Cela fait aujourd'hui un an et demi que je suis en poste en tant que chargée de mission pour le PTSM du Morbihan. Nous avons réalisé tous ensemble un travail considérable qui est difficilement résumable mais je vais me prêter à l'exercice. Au niveau de la Bretagne, l'arbitrage a été de mettre en place quelques éléments de cadrage pour avoir une certaine homogénéité au niveau des

quatre départements. Nous avons également fait le choix de retenir un périmètre départemental (correspondant également aux DT et MDPH) avec un PTSM par département. Au niveau du pilotage stratégique, un comité par territoire a été mis en place avec plusieurs acteurs (ARS, usagers, établissements, etc.). Conjointement il y avait également une équipe de quatre chefs de projets représentant plusieurs champs (sanitaire et secteur médico-social).

Je suis arrivée en mars 2019 sur le Morbihan et j'ai donc eu comme mission de participer à l'élaboration du PTSM. J'ai intégré l'équipe des chefs de projet principalement pour être en support méthodologique et être sur le volet gestion de projets. J'ai tout de suite vu la possibilité de pouvoir mettre en application et en cohérence deux exigences que je souhaite avoir dans mon exercice, à savoir une démarche ascendante mobilisant l'ensemble des parties prenantes des projets pour que les actions soient pertinentes et une seconde, qui est en lien, de pouvoir faire participer au maximum les personnes qui sont directement concernées par les actions.



Lorsque j'ai rejoint les quatre chefs de projet (représentant différents champs), je me suis vite rendue compte qu'il n'y avait pas de règles de fonctionnement. Il a donc fallu faire preuve d'une grande autonomie

au départ car personne ne savait vraiment comment nous allons pouvoir traiter autant de problèmes et mobiliser autant de personnes. Il est normal d'avoir ces inquiétudes dans le cas d'une démarche innovante mais un certain nombre d'acteurs étaient fatigués, voire certaines dynamiques s'essouffaient. J'ai donc intégré ce paramètre de lassitude dans la méthodologie que j'ai mise en œuvre par la suite. Le point de départ a donc consisté pour moi à identifier rapidement les personnes sur lesquelles je pouvais m'appuyer pour animer les groupes de travail.

Finalement, il y a eu beaucoup d'inscriptions avec environ 40 personnes inscrites par groupe et cinq groupes de travail. Les profils d'inscrits se sont avérés pertinents car rassemblant les différents champs et territoires concernés. Nous ne pouvions de toute façon pas nous permettre de trier les personnes eu égard au large périmètre de personnes concernées. Il a donc été nécessaire d'adapter la méthodologie pour travailler tous ensemble. Beaucoup d'énergie a été mise dans la préparation de la démarche ».

« L'un des enjeux était d'établir des liens durables et de pérenniser la démarche sur le territoire »

« Pour favoriser la participation de tous et notamment des personnes vivant avec des troubles psychiques, une démarche spécifique a été adoptée. L'idée était de se rendre disponible en amont des rencontres pour faire une présentation spécifique à ce public. Nous avons également ouvert la possibilité de venir en binôme et nous n'avons pas limité le nombre de personnes pouvant se rendre aux réunions de travail. Nous avons en outre mis en place un temps

de pause systématique et une méthodologie d'animation qui favorise la participation. Nous avons surtout fait passer le message qu'il fallait que les personnes portent la démarche au sein de leur institution pour s'en faire le relais. Ensuite, pour maintenir la motivation, nous avons cherché à réunir tous les acteurs autour de la table afin d'établir le rendu attendu ».

« Sans perdre de vue nos objectifs, nous avons cherché à ne pas négliger l'importance de laisser le temps aux acteurs de faire connaissance »

« L'ANAP préconisait quatre réunions dont une pour identifier les principales difficultés sur le territoire et échanger sur les écueils à éviter. De ce fait, la méthodologie fait plutôt appel à la créativité pour se détacher un peu d'une posture institutionnelle et plutôt faire appel aux connaissances. »

« Au niveau de ma posture, je me suis rendu compte rapidement qu'il fallait avoir une posture neutre, ne pas représenter l'EPSM dans lequel j'étais hébergée ou l'ARS qui me finançait »

Q : Aujourd'hui, à quel stade du PTSM en êtes-vous ? Quelles ont été vos avancées ?

« En mars / avril, nous nous sommes consacrés à la rédaction du diagnostic puis à la phase de rédaction. Nous avons également élaboré la feuille de route d'octobre à janvier 2020 et rédigé dix-neuf fiches actions plus ou moins concrètes avant de devoir mettre entre parenthèses nos travaux collectifs avec le début de la crise de la COVID-19. »

« Nous avons ensuite repris les réunions des chefs de service courant mai. Il en est ressorti que si le PTSM était déjà utile avant, il était devenu vraiment nécessaire maintenant avec des situations plus fragilisées et anxiogènes avec la crise COVID »

« Nous avons mis en place des temps de rencontre en plénière en mai pour parler des transitions entre diagnostic, feuille de route et mise en œuvre. Le but était de marquer un point d'étape, de remercier les partenaires et de pouvoir se projeter collectivement dans la mise en œuvre prochaine. »

« Aujourd'hui, la question qui se pose est celle de la pérennisation et du pilotage de ces fiches actions qui sont toutes multisectorielles »

Q : Nous comprenons bien toute la difficulté à pérenniser cette structure très fragile qu'est la mobilisation de plusieurs acteurs qui ont été réunis autour de ce projet. Est-ce que vous pouvez nous donner les caractéristiques d'un bon PTSM ?



• **Corinne Martinez** (en visio)
– manager responsable de projet à l'ANAP

« Il faut faire en sorte de maintenir une dynamique et d'avoir au moins une personne qui porte cette démarche, voire deux personnes en binôme car l'exercice est quand même compliqué. Il faut un peu plus

de 500 jours pour produire un tel projet (sans compter la mise en œuvre) »

« Il faut poursuivre la mise en œuvre avec une gouvernance souple mais avec des réunions régulières pour comprendre et pouvoir suivre les actions qui se font aux différents niveaux. »



« Une clef de réussite est aussi un bon diagnostic territorial ; c'est la pierre angulaire »

« Pour que des personnes aussi différentes arrivent à porter un regard consensuel sur une situation, il faut disposer de ce diagnostic territorial partagé. C'est à partir de cette étape seulement que nous avons fait une grande partie du projet qui s'est avéré une réussite.

Dans les autres facteurs clés de succès, il y a bien évidemment la participation des personnes concernées. Nous avons préconisé les modalités d'intervention des personnes concernées. Ce ne doit pas effectivement être une personne dans l'espace avec les professionnels.

Une autre clef de réussite est qu'il faut que l'ensemble des acteurs concernés du territoire soient présents ou représentés. Beaucoup de difficultés tiennent à l'intégration dans le dispositif de certains

acteurs, comme dans le cas par exemple de la médecine de ville (médecins traitants, les infirmiers libéraux, etc.). Il y avait également une participation « très discrète » de la part de certaines collectivités territoriales. Cela est largement dû à la spécificité française d'avoir une scission des champs de compétences qui sont partagées entre différents niveaux de collectivités territoriales. A ce titre, lorsque nous parlons de formations croisées, il est important d'avoir la région autour de la table puisque cela relève de sa compétence. Il y a également tout ce qui concerne les communes ou agglomérations de communes qui ont un rôle majeur à jouer (depuis la loi NOTRE) dans le parcours psychiatrique et de santé mentale, notamment au travers des CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) et d'autres structures.

Enfin dans les facteurs de réussite, il y a également la priorisation des actions. L'idée n'est pas de faire un inventaire « à la Prévert » de ce que chacun souhaite ou veut faire, de ce que chacun porte ou voudrait porter. Mais c'est bien de s'attacher à la spécificité du territoire et de mettre en œuvre les actions qui vont y correspondre. C'est un travail parfois difficile. Il s'agit donc de choisir les actions les plus pertinentes et qui seront porteuses de résultats à l'avenir ».

« Il faut commencer par les actions les plus faciles à réaliser, les plus visibles, rapides et prêtes pour pouvoir s'appuyer sur des réussites concrètes et avancer ».

« Aussi, pour la « grande histoire », il y a environ 105 PTSM en France (en comprenant les DROM) qui sont majoritairement assis sur les

départements. L'idéal du diagnostic territorial est d'avoir une idée de ce qui se passe à T0 (situation de départ) puis de revoir l'évolution des indicateurs à T+5 ans pour se donner une idée des impacts des actions qui ont été mises en œuvre. »

Q : Vous avez indiqué qu'il fallait environ 500 jours pour produire un projet. Comment faire pour qu'un projet se concrétise, qu'il ne reste pas qu'un projet, pour que les actions prévues soient réellement mises en œuvre ? Comment entretenir et valoriser la mobilisation des acteurs dans la durée ?

« Il y a cette notion tout à fait essentielle et assez nouvelle dans la norme législative et réglementaire qu'est la responsabilisation. Travailler à partir des initiatives des acteurs est le schéma que nous avons toujours tâché de suivre, par exemple en associant à chaque fiche action un pilote d'action »

« Ce pilote doit être conscient de sa responsabilité dans la conduite de cette action afin qu'il puisse dire s'il y a du retard, des empêchements et pourquoi. Pour poursuivre la dynamique, il faut que les pilotes porteurs de ces actions puissent se rencontrer et échanger entre eux pour qu'il y ait une cohérence dans les mises en œuvre. »

« Au niveau d'une région, il est important que les ARS puissent faire en sorte que les porteurs de PTSM puissent aussi se coordonner et former une communauté de pratiques pour rompre l'isolement et pour que les questions des uns

puissent se nourrir des solutions des autres et faire monter en compétence l'ensemble des acteurs dans une démarche entre pairs ».

« Il faudrait peut-être trouver une structure juridique porteuse de l'ensemble des actions et des financements. La seule qui existe aujourd'hui c'est le groupement de coopération sanitaire (GCS) ou encore le groupement de coopération social ou médico-social (GCSMS). Mais il s'agit de groupements un peu lourds à gérer. D'autant que nous constatons que les territoires qui avancent vite sont ceux qui ont l'habitude de travailler ensemble depuis plusieurs années et non ceux qui se sont seulement accommodés à des relations interpersonnelles avec une vision assez établie sur la manière de faire. »

Signature officielle de la charte

 [Revoir](#)



• **Pascal Mariotti**

« Cette charte va être largement diffusée pour que chacun puisse s'en emparer, parce que cela se fera au niveau territorial, local, des institutions, des personnes concernées et des acteurs. Au-delà de nos

trois associations et de la déclaration d'intention que constitue cette charte, il faudra probablement que nous soyons rejoints par d'autres pour voir comment nous pourrions opérationnaliser et concrétiser ce projet. »

• **Marie-Laure De Guardia**

« J'ai retenu trois choses :

- la diffusion qui doit se faire de la manière la plus large possible auprès de nos adhérents, des pouvoirs publics et sera peut-être accompagnée aussi d'un communiqué de presse ;
- l'idée de garder une instance co-associative sur le sujet pour être sûr que le plan d'actions se mette bien en œuvre (travail de formation, travail sur les représentations, association forte des usagers, etc.)
- la question de la « délocalisation » de cette charte afin qu'elle puisse exister de manière adaptée aux réalités de terrain et en fonction des coordinations et partenariats déjà existants. J'émet donc le souhait que nous puissions travailler ensemble encore longtemps. »



• **Marie-Noëlle Petit**

« C'est vrai que nous avons beaucoup entendu parler ce matin du terrain. Je reprends ce qui a été dit par Mme Ghadi au niveau de la HAS. »

« Je pense que l'initiative doit avant tout venir du terrain, c'est comme cela que les choses se font, et pas à l'inverse. C'est vraiment cela que nous appelons de nos vœux »

« Nous voulons de l'opérationnel, des acteurs qui s'en emparent et ensuite nous faisons remonter les expérimentations innovantes. C'est comme cela que le ciment selon moi tiendra. »

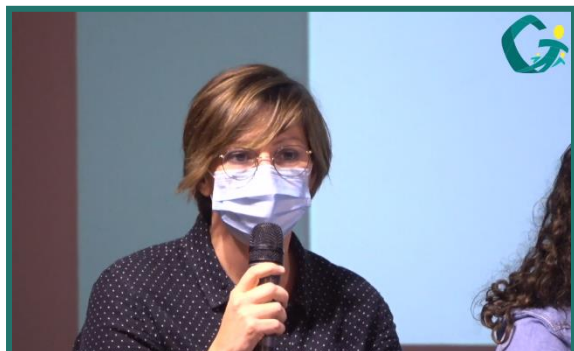
Après-midi

« Après une matinée avec plusieurs tables rondes où nous avons donné la parole aux institutions, aux représentants des usagers, où nous avons balayé l'éventail des bonnes pratiques puis la mise en œuvre des PTSM, cet après-midi nous allons rentrer dans la pratique avec cinq retours d'expérience qui vont illustrer les deux axes de la charte. Nous allons débiter dès maintenant avec le premier axe de la charte sur l'interconnaissance entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux avec un retour d'expérience sur des stages inter-établissements. »

La formation et les outils d'interconnaissance

 [Revoir](#)

1 L'exemple des stages inter-établissements :



• **Josiane Cardoso**
- Cadre de santé inter-secteur d'alcoologie et d'addictologie au CH Lannemezan

Présentation des établissements :

« Bonjour, je travaille aux hôpitaux de Lannemezan. C'est un hôpital divisé en plusieurs pôles : un pôle médico-chirurgical, un pôle médico-social, un pôle gériatrique et un pôle de santé mentale. Ce

pôle de santé mentale est lui-même divisé en secteurs de psychiatrie : 3 secteurs adultes et 1 secteur de pédopsychiatrie. Cet hôpital comprend plusieurs structures extrahospitalières (CMP, HDJ, CATTP, etc.) qui sont au plus près des personnes concernées. Ce partage d'expérience a été mené au centre médico-psychologique de Tarbes et à l'unité intersectorielle d'addictologie qui est sur le site de l'hôpital de Lannemezan. Le CMP qui a participé est celui de Tarbes Nord. C'est une équipe pluridisciplinaire avec 12 IDE, des psychologues, assistantes sociales, secrétaires, cadres et médecins psychiatres. Le Centre d'addictologie est un service intersectoriel de psychiatrie à temps complet qui accueille 20 patients (18 personnes en cure et 2 personnes en sevrage ou consolidation). Il y a également une équipe de liaison, une activité de consultation et de CATTP. C'est une équipe pluridisciplinaire plutôt conséquente avec 30 agents en tout. »

Cf. pour plus de détails le support de présentation réalisé par le CH Lannemezan

• **Cathy Carriobe**
- Educatrice au Foyer Hébergement à l'EPAS 65

« L'EPAS 65 est un établissement public dans les Hautes Pyrénées composé de trois pôles (pôle travail, pôle hébergement et un pôle domicile) avec respectivement 238 places d'ESAT (réparties sur 5 sites du département avec également une entreprise adaptée), de 193 lits d'hébergement (1 FDV et 2 FH sur 2 sites différents et un EHPAD avec une UPHV) et 142 places en SAVS et un appartement adapté pour 3 personnes. L'EPAS 65 compte 200 professionnels toutes catégories confondues. »

[Cf. pour plus de détail le support de présentation réalisé par l'EPAS 65](#)



Présentation de la démarche

Q : D'où vous vient cette idée de mettre en place des stages inter-établissements ?

• **Sylvaine Vannier**

- Directrice des ressources humaines et responsable des pôles hébergement et domicile à l'EPAS 65

« Cette initiative a commencé en 2016 à l'initiative des éducatrices du SAVS (surtout du domicile) qui faisaient face à des situations complexes en lien direct avec l'addictologie et qui se sentaient donc démunies à prendre en charge certaines personnes à domicile. J'ai donc eu l'idée à l'époque de contacter le Dr Bataillon qui était le médecin référent du secteur d'addictologie du CH de Lannemezan pour lui proposer des stages inter-établissements pour que les éducatrices puissent venir une semaine pour voir comment se passait une cure, de manière à pouvoir en proposer aux personnes qu'elles accompagnaient. Le Dr Bataillon s'est montrée très ouverte sur l'initiative et soucieuse de cette problématique. Le cadre de l'époque (avant Mme Cardoso) était elle aussi très ouverte sur la question. Nous avons donc débuté « petit » avec un stage tous les six mois pour les professionnels volontaires de l'EPAS 65 ».

« Nous avons donc commencé par des stages de cinq jours au premier trimestre et cinq jours au second, avec un point réalisé en fin d'année. Le résultat s'est avéré probant donc nous avons reconduit l'expérience ».

« Nous ne nous sommes pas arrêtés là. Les soignants du foyer de vie et du foyer d'hébergement m'ont fait part aussi de difficultés relatives à des personnes accueillies avec des troubles du comportement qu'ils ne savaient pas prendre en charge, avec de grosses difficultés où bien souvent la seule solution trouvée était l'hospitalisation. J'ai donc contacté le CMP de référence et le cadre de référence M. Bienvenu a été également très ouvert. Le personnel du CMP était un peu plus réticent que celui du service d'addictologie donc au lieu d'une semaine nous avons privilégié seulement 3 journées sur la base toujours du volontariat. Cela a donc démarré ainsi et cela continue depuis. »

Q : Depuis que s'est-il passé ?

« Au démarrage pour lancer le dispositif nous avons décidé de faire une convention cadre avec les deux directions afin notamment de légitimer la présence des professionnels de l'EPAS au sein des deux structures. Ensuite, nous avons également voulu faire une convention individuelle parce que nous avons voulu que cela fonctionne sur le mode du volontariat, sur demande des agents intéressés pour faire des stages en addictologie ou en psychiatrie (pour les autres services c'est encore en cours de construction) afin de responsabiliser aussi les acteurs. Nous avons donc fait ces conventions puis nous avons organisé les stages, avec une visibilité dès janvier sur l'année. Nous

avons choisi que ce soit les services sanitaires qui déterminent la date en fonction de leur capacité d'accueil et que les agents du médico-social partant en stage ne soient pas remplacés. »

Q : Certaines d'entre vous ont bénéficié de ces stages, pouvez-vous nous raconter ce que vous avez pu observer, ce qui a pu vous étonner et ce que vous avez découvert pendant ces stages ?



• **Marie-Claire Saintout**

– Assistante sociaux éducatif / Foyer de vie à l'EPAS 65

« J'ai fait un stage au CMP de Tarbes et appris à découvrir cette structure ». « Nous parlions de sémantique ce matin et effectivement je me suis vite rendue compte que nous n'avons pas les mêmes mots pour décrire les mêmes choses »

« J'ai également appris des choses plus spécifiques au métier d'IDE, notamment sur les médicaments et leurs effets secondaires qui sont bons à connaître pour notre accompagnement au quotidien. »

• **Cathy Carriobe**

« J'ai fait un stage d'une semaine au centre d'addictologie. J'accompagne des personnes qui en général quand elles arrivent chez nous ont déjà une prise en soins. Donc ma question finalement était de savoir comment continuer cette prise en soins tout en mettant en place un accompagnement éducatif en cohérence, en évitant en particulier de générer des effets inverses ou d'annuler les effets sur ce qui a déjà été mis en place par les équipes de soins ».

« J'ai fait une semaine de soins en addictologie. J'ai été au cœur des équipes et en lien avec les patients. Cela m'a appris à mieux comprendre leur mécanisme de prise en soins par rapport à ces addictions. Cela a permis d'apporter beaucoup de réponses par rapport à certaines questions que j'avais »

Cela m'a également apporté certaines connaissances théoriques sur les différents produits et les effets des addictions sur la santé des patients et leur vie sociale, sur le corps et le psychisme ; mais également sur ce que le sevrage induit psychologiquement et physiologiquement. Pour moi, cela a été très enrichissant. Cela a également permis une rencontre entre professionnels et des échanges très intéressants entre nous. »

Q : Comment cela s'organise concrètement au niveau des équipes de soins ?



• Josiane Cardoso

« Je prépare très concrètement l'arrivée des collègues du médico-social avec l'équipe pluridisciplinaire du service. »

« Nous essayons de faire un planning pour que les professionnels du médico-social puissent profiter du maximum d'activités possibles, avec un panel le plus large possible d'intervenants, pour essayer de leur faire saisir la vision que nous pouvons porter sur les personnes dépendantes et permettre un croisement des regards pour sortir des stéréotypes ».

« Nous travaillons tous pour la même chose mais nous avons des manières différentes de voir les choses. Pour les agents travaillant en addictologie cela leur permet de sortir un peu de l'hospitalo-centrisme et donc de mieux comprendre et connaître les contingences des autres professionnels et ainsi mieux préparer et sécuriser la sortie du patient. C'est important pour tout le monde. »

• Sylvaine Vannier

« L'avantage que cela a porté c'est une facilitation dans les passages d'une structure à une autre. Les contacts se font

plus facilement car il y a de l'interconnaissance qui a pu se faire et se développer. Les langues se sont dénouées notamment pour échanger plus facilement sur les situations de crises. C'est vraiment une expérience très positive. »

« Depuis son lancement il y a quatre ans, dix-sept agents de l'EPAS sont passés par ces deux services de soins »

« Dix-sept agents ce n'est pas beaucoup mais ce qui m'importe ce n'est pas la quantité mais la qualité car nous voyons bien que même après quelques années il reste des choses sur ce qu'elles ont appris lors de ces stages inter-établissements. »

Q : En vous écoutant nous comprenons bien tout l'intérêt qu'il y a pour des éducatrices spécialisées d'aller dans un service de soins. Ne faudrait-il pas d'avoir une forme de « symétrie » avec des professionnels du soin qui viennent à domicile et en foyer ?

• Sylvaine Vannier

« Je peux répondre à cela. D'autant plus qu'au départ de la convention, il y avait cette idée d'échanges allant dans les deux sens. Mais les professionnels de psychiatrie étaient un peu frileux pour venir dans le médico-social donc nous avons décidé de commencer comme cela, par des petits pas. Surtout qu'il est souvent dit que l'expérience émane du sanitaire mais pour une fois elle émane du médico-social. Mais nous ne désespérons pas, nous ne sommes pas pressés, nous avons du temps et cela viendra peut-être. Je fais confiance aux cadres du CH de Lannemezan pour travailler l'idée avec les équipes. Nous

avons commencé fort avec le service d'addictologie avec 5 jours et un peu plus doucement avec le CMP avec 3 jours mais nous allons rajouter une journée supplémentaire cette année, notamment pour que les agents du médico-social puissent participer aux réunions de synthèse avec les médecins. Nous nous sommes également accordés avec l'encadrement du CMP pour convenir d'une journée des professionnels du sanitaire volontaires dans le médico-social. C'est un petit pas mais c'est une avancée. Nous nous sommes aussi dit que cela fait 4 ans que nous avons mis en place ce fonctionnement et il faut que les IDE de psychiatrie aient un retour sur l'accueil des éducateurs médico-sociaux. Nous allons donc mettre en place une réunion sur une journée à destination des professionnels sanitaires volontaires afin qu'ils puissent voir les résultats de leur travail d'accueil. Notre second objectif serait que les stages inter-établissements puissent se faire avec les unités de soins de crise mais cela reste compliqué à organiser. »

2 « La pochette d'accès aux soins » :



• Ivan Lecourt

- Directeur adjoint en charge de la communication et du pôle médico-social de l'EPSM du Morbihan

Présentation de l'établissement :

« L'EPSM du Morbihan est un établissement fondé en 1886 avec un site principal à Saint-Avé (dans la banlieue de Vannes). L'EPSM dispose de 6 secteurs de psychiatrie adulte et de 3 pôles. Il y a également un pôle de pédopsychiatrie et un pôle médico-social avec un secteur personne âgée (1 EHPAD/UHR) et un secteur handicap (2 MAS et 2 FAM). L'EPSM fait également partie depuis le 1^{er} juillet 2016 du GHT Brocéliande Atlantique (GHBA). C'est dans le contexte de ce GHT que s'est conclue la convention d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap ».

[Cf. pour plus de détail le support de présentation réalisé par l'EPSM du Morbihan](#)

Convention accès soins des PSH :

« Ce projet remonte à 2012 avec un groupe de travail handicap autour du projet territorial de santé mentale piloté par la DT ARS. Ce groupe de travail a imaginé à partir de 2014 l'idée d'une convention d'accès aux soins hospitaliers pour personnes en situation de handicap, en particulier de handicap psychique (avec dans un premier temps sur l'accès à l'hôpital général puis dans un second temps à l'hôpital psychiatrique). Cette démarche s'appuie bien évidemment sur les recommandations de bonnes pratiques en particulier celles de l'ANESM de juillet 2013 et de la HAS de juillet 2017. Nous avons donc bien travaillé sur le sujet et nous étions même arrivés jusqu'à l'élaboration d'une convention type et puis nous avons été « percutés » par la création du GHT et la structuration des filières. Cela a donc pris un peu de temps. Ce projet a néanmoins été relancé à l'initiative de la directrice de l'EPSM de Vallée du Loch (proche de Vannes) et de l'EPSM du Morbihan puisque nous nous

sommes rapprochés du GHBA pour avancer déjà à trois sur une trame de convention type, avec l'idée de pouvoir ensuite la diffuser et la généraliser si elle séduisait plus largement les autres acteurs.

Cette convention d'accès aux soins a été signée le 21 janvier 2020 à l'occasion d'une journée qui a réuni plus de 300 participants, en présence de M Pascal Jacob (grand témoin) avec une large publicité autour de cette convention de manière à pouvoir la diffuser sur le territoire et une clôture assurée par Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées ».

[Cf pour plus de détail le modèle de la convention type d'accès aux soins PSH](#)

« La convention d'accès aux soins a pour objet de structurer un parcours de soins gradué et coordonné pour le patient vivant avec son handicap et créer autour de lui un environnement serein et favorable aux actes médicaux et permettre l'alliance thérapeutique. La convention désigne également des référents pour permettre d'inscrire les actions dans la durée et elle est structurée autour du parcours avec aux urgences un agent dédié aux personnes en situation de handicap et un accès prioritaire à un box. Il s'agit d'une aide-soignante en incapacité de travailler en service de soins, reconvertie en hôtesse d'accueil avec une sensibilisation forte sur cette thématique.

En plus de la convention d'accès aux soins, nous avons mis en place une fiche de liaison à la sortie, ainsi que la possibilité inscrite dans cette convention d'organiser pour l'équipe hospitalière une réunion autour des conditions de retour en cas de situation complexe. Aussi, nous avons également offert la possibilité pour un

professionnel du SMS de pouvoir accompagner une personne en situation de handicap jusqu'au bloc opératoire y compris pour le retour en chambre. Enfin, nous avons également mis en place des formations / sensibilisations pour mieux se connaître (interconnaissance) avec l'identification de certaines thématiques autour de l'autisme, de l'aménagement de l'environnement par rapport aux approches sensorielles (des choses sur lesquelles les professionnels du médico-social peuvent apporter des compétences aux professionnels hospitaliers).

Parmi les choses mises en place il y a plusieurs outils très concrets dont cette fameuse pochette d'accès aux soins. »

Présentation de la pochette :

- **Dr Edwidge Duaux**
- Médecin psychiatre / EPSM
Morbihan



« Jusqu'à 2014, il y avait une psychiatre de secteur avant que nous ne prenions la décision de sectoriser les structures médico-sociales. Cela a eu comme conséquence de faire intervenir des médecins psychiatres dans les établissements médico-sociaux de leur secteur. Cela a eu comme avantage de faciliter les liens entre le sanitaire et le médico-social. Je suis arrivée dans ce contexte en 2014 sur la MAS où j'ai

redécouvert un autre métier. J'ai appris beaucoup de mes nouveaux collègues et de ces personnes en situation de handicap. J'ai notamment dû changer mon mode de communication qui avait été jusque-là très centré sur l'oralité. J'ai donc beaucoup appris du quotidien du travail d'éducateur. J'y ai aussi vu tout l'intérêt du travail d'équipe. J'ai également pu partager davantage mes connaissances en prise en charge sanitaire (trouble comportement vs. prise en charge psychiatrique) ».

« Cela a également été facilité par le fait que les IDE qui interviennent à la MAS ont déjà travaillé auparavant dans les secteurs sanitaires. Il y a donc une culture commune, ce qui facilite les choses ». « Plus généralement, il y a cette nécessité de la connaissance, de l'interconnaissance entre le sanitaire et le médico-social »

« Le projet de pochette proposé m'a semblé extrêmement intéressant car il s'agit d'une manière de transmettre rapidement les informations dont les collègues avaient besoin. Elle a pour objectif de préparer les consultations programmées ou dans les cas d'urgences de permettre d'avoir un maximum d'informations pratiques pour mieux accompagner la personne en situation de handicap »

« Cette pochette contient une série d'éléments : des données administratives, l'objet de la demande de soins, le courrier médical, le rapport et/ou les transmissions

contextualisées, une présentation globale de la personne, un carnet de pictogrammes, voire même des « doudous » pour sécuriser un maximum la personne. »

« Les professionnels de la MAS bénéficient d'une check-list qui leur permet de se rappeler de ce qu'il faut faire pour ne rien oublier même en cas d'urgence. Tout cela est pré-rempli pour chaque résident et régulièrement actualisé »

« En principe, cela devrait pouvoir se faire sans pochette avec une communication fluide entre les dossiers informatisés des établissements. Mais cela ne peut pas se faire puisqu'il n'y pas de dossier partagé et même si cela pouvait se faire il n'y aurait pas tous les éléments précédemment cités (notamment le « doudou », les pictogrammes, etc.).

Il y a cette pochette certes mais il y a également toute une organisation qui doit se mettre en place en amont (tout ce qui a été évoqué précédemment par M Lecourt). Ce que nous aimerions encore développer c'est la prévention ».

« Nous savons que dans le trouble de comportement du résident en MAS il y a dans 40% à 50% une problématique somatique. L'idée serait donc de développer plus de prévention et d'éducation à destination de nos résidents pour les habituer petit à petit aux soins »

« Il s'agira d'un travail au long cours pour les habituer à ce qu'ils puissent être touchés et à ce que cela ne se fasse pas dans l'urgence et la crise.

Enfin, nous parlons beaucoup d'amener les résidents vers les lieux de soins mais il y a des expériences où c'est l'inverse. Ce qui serait intéressant pour les résidents de la MAS, ce serait d'avoir des services de soins qui viennent à eux comme par exemple un bus de soins dentaires, soins ORL ou gynécologiques, etc. ».

Echanges avec la salle :

Q : Il y a entre vos deux expériences des similarités. Est-ce que vous connaissez des projets équivalents et/ou proches ? Est-ce que vous aimeriez diffuser ce que vous faites auprès de la communauté professionnelle ?

• **Sylvaine Vannier**

« Ce type d'expérience de stage inter-établissements, je l'avais déjà fait puisqu'avant d'être directrice à l'EPAS 65, j'étais directrice d'EHPAD en Haute-Savoie. J'avais donc déjà mis en place ce type de stages avec le CH de Tenon (services de soins psychiatriques). Le problème de ces expériences, c'est qu'elles marchent souvent parce qu'elles sont portées par une personne. Le problème c'est que lorsqu'elle part le projet peut tomber à l'eau. Le but de cette nouvelle expérience est qu'elle puisse perdurer après mon départ ».

« Pour ce type de projet, il ne faut donc pas que la volonté d'une personne (d'un directeur) mais la volonté d'une équipe »

• **Ivan Lecourt**

« Vous aurez compris avec notre présentation que pour nous, l'important dans ce type de démarche c'est plutôt que d'aller chercher l'idée ailleurs, de la construire avec les ressources locales. Cela repose aussi sur les engagements de chacun et toutes les démarches lancées par certains acteurs pour en convaincre d'autres. C'est possible à certains endroits mais ce n'est pas forcément transposable ailleurs. Nous avons surtout voulu faire avec les envies et les ressources locales puis ensuite nous mettons à disposition notre travail si d'autres veulent s'en saisir et nous suivre. Cela repose beaucoup sur l'interconnaissance et l'envie des personnes d'avancer ensemble. »

Q : En vous écoutant, nous pouvons nous poser la question de l'impact. Est-ce que vous avez essayé de le mesurer ? Combien de personnes ont pu bénéficier de cette pochette ? Quels sont les soins qui ont pu être réalisés dans ce cadre-là ? Est-ce que vous avez déjà quelques retours sur les impacts que ce dispositif a pu avoir ?

• **Ivan Lecourt**

« Ce que nous n'avons pas précisé c'est que cette pochette est expérimentale. Elle a été déployée en janvier 2020. Elle a fonctionné pendant la crise COVID parce que les soins ne se sont pas arrêtés pendant cette période-là. Nous avons prévu une première évaluation après un an (en janvier 2021).

Mais force est de constater que si nous prenons tous les résidents de la MAS, que tous ces résidents bénéficient d'une pochette, ayant environ 2 ou 3 départs par mois aux urgences en moyenne, cela va

donc nous faire entre 20 et 30 cas en général. Nous savons d'ores et déjà que parfois cela se passe bien et parfois moins bien. Mais je pense que le vrai enjeu c'est que cela s'inscrive dans la durée, dans les habitudes car cela repose encore trop sur les intervenants. Par exemple il ne faut pas que cela concerne uniquement l'hôtesse d'accueil car elle ne peut pas être là tout le temps puisqu'elle est à mi-temps. Quand elle n'est pas là c'est plus compliqué mais quand elle est là c'est plus simple. »

Q : Je suis membre de l'AFTOC (association française de personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs). Je trouve que votre pochette est un outil de synthèse tout à fait intéressant mais je reste un peu choqué par l'utilisation du terme « doudou ». Ne trouvez-vous pas cela un peu infantilisant pour les personnes concernées ?

• **Dr Edwidge Duaux**

« Notre public en MAS est principalement constitué de personnes souffrant d'un autisme grave avec pour certains pas d'accès à la communication orale et pour certains des gros troubles du comportement, augmenté parfois d'un retard mental sévère. Il y a donc pour certains, du fait soit de leur autisme, soit de leur retard mental, une nécessité de réassurance avec un objet (ce que j'ai pu appeler « doudou »). Le terme « doudou » n'est peut-être pas le bon à utiliser car cet objet peut-être de nature variable (couverture, etc.). Il s'agit néanmoins d'objets capitaux pour eux pour garder une sérénité. »

Q : Ces stages inter-établissements ont-ils uniquement consisté en de l'observation ou les personnes en ayant bénéficiées ont elles également pu participer à des ateliers et/ou entretiens ?

• **Marie-Claire Saintout**

« Pour moi, il y avait un peu des deux ; à la fois de l'observation et des entretiens avec des notes que j'ai prise avec un collègue et que nous avons ensuite mises en commun. »

• **Cathy Carriobe**

« Pour moi, c'était d'abord de l'observation dans un premier temps car c'était avant tout une approche de soins et psychothérapie, puis j'échangeais ensuite après le soin avec les professionnels de soins. »

• **Sylvaine Vannier**

« La seule consigne que nous leur avons donnée lorsque qu'elles se rendaient dans les services de soins c'était de ne pas suivre des usagers qu'elles connaissaient déjà. »

Faciliter la fluidité des parcours

1 Un exemple de dispositif de logement accompagné transitoire

👁 [Revoir](#)



• **Jean-Pierre Staebler**
- Directeur du CH de Montfavet

Présentation de l'établissement :

« L'Hôpital Montfavet est le principal EPSM de la région PACA mais c'est également et surtout le principal opérateur sanitaire et médico-social public de la région. Il dessert une activité sanitaire avec 7 secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie enfant. C'est un opérateur en addictologie également avec l'ouverture prochaine d'un SSR dans ce champ d'activité. Notre singularité est que nous portons une douzaine de structures sociales et médico-sociales, à la fois dans le champ du handicap adulte et de l'enfance, mais également dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité (CHRS, Halte-soins-santé, lits d'accueil médicalisés, résident-accueil). Dans le cadre de coopérations, nous sommes également les gestionnaires d'un GCSMS qui comprend un IME, SESSAD et un pôle de prestations externalisées. »

[Cf. pour plus de détails le support de présentation réalisé par le CH Montfavet](#)

Dispositifs de logements adaptés :



• **Laure Baltazard**
- Directrice adjointe du CH de Montfavet

- **Le logement communautaire** géré par association l'Optimist

« Le but de l'association est la réhabilitation psycho-sociale. Elle s'est peu à peu réorientée vers la gestion d'appartements associatifs communautaires. »

« Le principe du dispositif est de proposer des logements de transition sous loués afin d'offrir à ses bénéficiaires un tremplin vers le logement ordinaire »

« Aujourd'hui, l'association possède 28 appartements de 2 à 3 places. En termes de résultats en six ans, c'est 244 usagers qui ont pu être accompagnés par ce dispositif. Ces derniers y restent d'un mois à cinq ans. Cela présente plusieurs avantages pour eux : une souplesse d'entrée et de sortie du dispositif (absence de préavis), une durée adaptée à leur temporalité et leur souhait, et enfin ils sont inclusifs puisque situés sein de la ville. »

- **La résidence d'accueil « les voisins »**

« Ce dispositif de résidence cible les personnes seules, à faible niveau de ressources, en situation d'isolement, mais suffisamment autonomes pour vivre seules avec les accompagnements et soins nécessaires. L'avantage de cette résidence est sa proximité avec l'hôpital, ce qui leur permet d'être proches de l'hôpital sans pour autant y être. Mais ce ne sont pas que des logements individuels. Parfois ils permettent d'accueillir deux à quatre personnes. En 2018, il y avait vingt-huit places et deux maîtres de maison, ainsi qu'une conseillère et une IDE de l'équipe mobile de psychiatrie-précarité. Cette résidence bénéficie de nombreux partenariats tant du côté du secteur sanitaire (CATTP, CMP, HDJ, services de médiation artistique art-thérapie, etc.) que libéral (IDEL, médecins traitants, prestataires de santé) et médico-social (SAMSAH, etc.). »

- **Résidence accueil « service d'orientation logement et santé psychique »** (cf. le support PwP)

« Ce projet s'est inscrit dans le cadre d'un appel à projet DIHAL pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique. Il s'agit d'une structure de type résidence proposant 20 places. Cette résidence est assortie d'une triple compétence : accès au logement géré par l'association, accompagnement dans les actes de la vie au quotidien par les AMP et le soin avec les infirmiers de l'EMPP. Depuis sa création en 2015, c'est 32 personnes qui ont été accompagnées grâce à ce dispositif. Ce dernier a permis un maintien durable des bénéficiaires dans le logement grâce à cet accompagnement décroisé. Ce dispositif compte de

nombreux partenaires (Etat, CMP, CATTP, SAMSAH, SAVS, SAAD, etc.). »

- **Le partenariat avec l'association RHESO sur les secteurs de Carpentras et orange**

« Nous avons ouvert cette structure de 30 places dans le but spécifique de faire sortir de la rue et éviter l'hospitalisation de personnes très jeunes en les intégrant dans un parcours. Ce sont à peu près les mêmes partenaires que ceux cités précédemment, avec en plus des partenaires de l'alimentaire comme les Restos du cœur notamment). Certaines difficultés persistent néanmoins. Puisque ces structures accueillaient des personnes à la suite à une hospitalisation, et des personnes avec des difficultés financières (pas d'éligibilité au RSA avant 25 ans), etc. ».

« En conclusion, le logement est un outil d'accompagnement et d'inclusion pour les personnes exclues alternant errance, hébergement et hospitalisation » (moins d'hospitalisation, accès au logement, locataire en titre, plateformes alliant soin, social, bailleurs, etc.). »

2 Le retour d'expérience équipe mobile

👁 [Revoir](#)



- **Laurence Andrio**

- Cadre de pôle au CH Henri Guérin

« Le centre hospitalier Henri Guérin est un établissement public de santé mentale qui couvre une grande partie du département du Var. C'est un établissement qui accueille tous les publics (équipes de périnatalité, équipes pour les enfants, adolescents, adultes et le traitement de psychiatrie chez le sujet âgé). Concernant l'équipe mobile enfants adolescents du secteur nord, elle existe depuis 2015. Elle est issue d'un redéploiement suite à la fermeture d'une unité d'une équipe mobile de temps plein enfant (prévue depuis des années mais pas mise en place). Elle est aussi l'unique équipe mobile enfant et adolescent qui existait à l'époque dans le département du Var (rattachée au CH). Cette équipe est positionnée dans le nord-ouest du département dans un secteur géographique qui a longtemps été considéré comme une zone blanche (avec très peu d'équipements sanitaires). C'est une équipe qui a développé un travail de réseau et de partenariat pour ces secteurs qui va vous être présentée. Elle est constituée d'un petit temps de psychiatre, d'une infirmière et d'une d'éducatrice spécialisée à temps plein, d'un mi-temps de psychologue et d'un petit temps de service social également. Depuis peu un IDE nous a rejoint et assure le rôle de psychiatrie de liaison avec le service d'urgence de l'Hôpital de Brignoles. »

[Cf pour plus de détail la présentation PwP réalisée par le CH Henri Guérin](#)

- **Leslie Collet**

- Cadre de l'unité ambulatoire de Saint Maximin au CH Henri Guérin

« Je vais parler de l'équipe mobile nord qui s'est redéployée au nord du département

(après le succès connu par l'équipe du sud du département). Cette équipe mobile nous a vraiment permis d'être vraiment en lien avec le social, le sanitaire et le secteur médico-social. En 2011, quand la première équipe mobile a été créée (EMEA Sud), nous avons été beaucoup sollicités par l'Education nationale qui repérait des difficultés mais quand nous sommes arrivés au nord du département. Nous avons été sollicités par l'Education nationale certes mais avant tout par d'autres partenaires et notamment l'aide sociale à l'enfance. Cette dernière est devenue avec le temps notre principal interlocuteur. »



Présentation de l'équipe mobile :

« Cette équipe fonctionne avec un mode d'intervention particulier. Déjà, nous travaillons en équipe pluridisciplinaire (intégration d'un assistant social, un éducateur spécialisé, une psychologue, une IDE et un médecin) pour avoir une complémentarité des compétences et un regard croisé. L'idée des équipes mobiles est d'intervenir précocement quand un partenaire repère des difficultés. Normalement dans les 72 h devons pouvoir nous rendre au domicile du patient pour évaluer la gravité de la situation et orienter assez rapidement l'enfant en question. Je vais donner la parole à ma collègue psychologue pour vous expliquer ce qu'est la non demande du patient parce que c'est

le concept d'intervention de l'équipe mobile. »



- **Dalila Idir Val**

- Psychologue de l'équipe au CH Henri Guérin

« La souffrance psychique concerne 12 à 15% des adolescents (entre 11 et 15 ans) en France (tentatives de suicide, polyaddiction, scarification, cyberdépendance, déscolarisation, etc.). »

« Des unités spécialisées existent mais certains adolescents inquiètent, fatiguent voire usent les professionnels (Education nationale, éducateurs, urgences, etc.). Ce sont des jeunes qui expriment leur malaise brutalement mais sans demande d'aide »

« Comment accompagner plus efficacement ces adolescents qui ne vont pas faire la démarche d'aller chercher de l'aide ou même de reconnaître cette aide dont ils ont besoin ? »

« Il y a le parti pris d'aller à la rencontre de ces adolescents et au-devant de leur demande »

« La plupart du temps le protocole d'intervention de l'EMEA se déroule dans

un contexte de crise mais il est balisé par l'intervention d'une équipe mobile hospitalière entre le dedans et le dehors. Il va être important d'apporter un pré-diagnostic différentiel : s'agit-il d'un processus du développement (réactionnel) du patient ou prémices de troubles psychiques (décompensation plus grave) ? En fonction des tests réalisés, il donnera ou non à une hospitalisation afin de préciser ce diagnostic sur la structure pathologique. »

- **Leslie Collet**

« Ce sont donc des interventions qui se font dans des contextes de crise pour chercher une alternative à l'hospitalisation et donc éviter de psychiatriser les jeunes patients. Les deux objectifs de cette équipe mobile sont l'orientation et l'évaluation. Nos orientations sont de toutes sortes d'où le travail réalisé avec nos partenaires : suivi psychologique (CMP, libéral, théorie familiale), orientation spécifique (ITEP, IME, etc.) et/ou un accompagnement éducatif (ASE, AEMO). Concernant l'orientation, l'idée est de trouver l'accompagnement spécifique adapté sans forcément chercher des unités médicales. Pour ce type de cas complexes, un travail de collaboration est de mise avec une recherche de prise en charge plurielle (social, judiciaire, éducatif, etc.).

Nos partenaires sont nombreux : Education nationale, champ social, médecins généralistes, pédiatres, services hospitaliers, protection judiciaire de la jeunesse, assistants sociaux de la gendarmerie, etc. Ces partenaires vont repérer des troubles et signaux d'alerte chez les patients (conduites inadaptées, des passages à l'acte, des fugues). Le jeune et ses parents ne sont pas disposés à

s'orienter vers les soins. Les partenaires appellent alors l'EMEA par téléphone qui organise ensuite une réunion pluridisciplinaire pour vérifier adéquation de la demande et l'adéquation avec les missions de l'équipe mobile. Nous demandons dans ce cas à notre partenaire d'établir avec nous un contact téléphonique avec la famille pour convenir d'un premier rdv. En général, c'est ce qui se passe, rares sont les familles qui ne nous contactent pas, si toutefois cela ne se fait pas, plusieurs relances sont possibles. Je vais donc passer la parole à ma collègue qui va vous donner un exemple concret»

• **Dalila Idir Val**

« Nous allons parler d'un jeune « Angel » mi-ange mi-démon comme nous en connaissons beaucoup et avec lequel nous sommes encore en difficultés. La situation de ce jeune est la suivante : déscolarisation, prise de risques, consommation de toxiques, hétéro agressivité, violences intra familiale, amaigrissement et troubles du sommeil. C'est donc un jeune qui a été suivi par l'équipe mobile et qui est donc revenu vers l'équipe ensuite dans le contexte de la crise sanitaire et juste avant confinement avec une aggravation du tableau clinique et l'appel de sa mère après des mises en danger régulières et le non suivi de ses consultations ».

Cf pour plus de détail [le support de présentation](#) avec le cas du patient « Angel »

Echanges avec la salle :

Q : Serait-il possible d'avoir des précisions sur le profil des personnes accueillies dans les résidences accueil ?

• **Jean-Pierre Staebler**

« Ces personnes sont orientées par le SIAO (donc par le 115). Ce sont des personnes en grande précarité qui n'ont pas de logement. Il a été acté avec le CCAS que nous privilégions des personnes en sortie d'hôpital mais pas que, ce sont des personnes souffrants de troubles psychiques car nous sommes le seul opérateur en psychiatrie du territoire. La proportion est environ à 50/50 entre les personnes antérieurement hospitalisées ou non. Il y a également une minorité des personnes qui viennent du CHRS. »

Q : Connaissez-vous la possibilité d'orienter vers des thérapies familiales qui peuvent être une indication dans les cas de violences intrafamiliales et de deuils non faits ?

• **Leslie Collet**

« Oui, quand nous avons monté l'équipe mobile nord nous avons pris beaucoup de temps pour constituer un réseau. Donc nous avons rencontré beaucoup de partenaires, tels qu'évoqués précédemment, mais également des libéraux et professionnels d'associations, toutes les personnes susceptibles de faire des thérapies familiales ou de guidance parentale. Nous avons effectivement un réseau. Nous avons donc connaissance de tous les partenaires disponibles sur notre territoire et que nous pouvons solliciter en fonction des difficultés rencontrées. »

3 Le travail de l'IDE Case Manager autour de la situation de cas complexe dans un réseau médicosocial partenaire (en visio)



[Revoir](#)



- **Dr. Bernard Cazenave**
- Psychiatre au CH des Pyrénées

Présentation de l'établissement

« Le CH des Pyrénées à Pau couvre la moitié du département des Pyrénées Atlantique (près de 350 mille habitants). Il y a 4 pôles de psychiatrie : 2 pôles de psychiatrie adulte, un pôle de psychiatrie infanto-juvénile et un pôle transversal. Le pôle qui va nous intéresser ici est le pôle 2 (pôle urbain autour de la ville de Pau).

A l'unité des « Amandiers », nous partageons effectivement des publics similaires avec le médico-social avec des publics de grands autistes et de personnes avec des retard mentaux sévères. Nous travaillons donc un relais essentiel qu'est le case manager qui va vous présenter son rôle. »

- **Nyls Compozieux**
- IDE Case manager de l'unité les Amandiers du CHP Pau

« Jusqu'en 2008, il y avait trois unités au sein du CHP qui prenaient en charge une

quarantaine de patients présentant ce type de handicap mental (3 unités avec une quarantaine de patients-résidents). Il s'agissait d'une unité d'hébergement avec très peu de travail en réseau avec le secteur médico-social et les patients qui arrivaient dans cette unité étaient vraiment dans des situations de bout de course (soit au sein des familles, soit au sein des ESMS).

En 2008, une nouvelle dynamique est née afin de mettre en place une MAS (en partenariat avec l'ADAPEI 64) et de permettre à une trentaine de patients d'avoir un lieu de vie adapté à leur handicap. Ce fut chose faite lors de la création en 2010 de l'unité des « Amandiers ». En juin 2017, après quelques modifications structurelles, nous en sommes arrivés à un nouveau projet médical actant notamment l'existence d'un IDE « case manager ». »

« Le rôle de l'IDE « case manager » est de bien connaître l'utilisateur, ses besoins et son environnement. C'est la personne ressource pour l'utilisateur et ses aidants. Il sert également d'intermédiaire pour mettre en relation l'utilisateur avec les services les plus adéquats en fonction de sa situation »

« Si la situation est grave, il faut évaluer si cela relève plus des « Amandiers » ou plutôt du CMP ou d'autres prises en charge « plus classiques ». Le travail du « case manager » permet de faire des points réguliers et synthétiques sur l'état des résidents accueillis et de renforcer les liens entre les ESSMS et l'hôpital psychiatrique. Le « case manager » ne travaille pas à temps plein, il reste également dans la

thérapeutique pour garder le lien avec le terrain.

Dans ce dispositif, le réseau partenarial est important. Il comprend : les ESSMS (MAS, FDV, FH, etc.), les autres services du CH des Pyrénées (unités fermées et ouvertes et unités d'adolescents). Il y également de forts liens entretenus avec la MDPH et les familles ».

Le but de ce dispositif est d'éviter que les situations ne « pourrissent », éviter l'isolement des résidents et/ou de leurs aidants, éviter les ruptures de parcours entre le secteur médico-social et le CH des Pyrénées. L'anticipation et la collaboration sont donc essentielles pour éviter les passages multiples de ces personnes aux urgences psychiatriques ».

« Le « case manager » est devenu une personne bien identifiée et reconnue par personnel. C'est un facilitateur, le fil rouge du parcours de soins de la personne »

« La limite de ce dispositif c'est qu'il repose sur une seule personne et qu'en cas d'absence cela génère de la désorganisation et/ou de la perte d'informations entre les équipes qui fonctionnent en 12h. »

« Il faut donc continuer à proposer des actions décloisonnées pour mieux accueillir, informer, soigner et accompagner. Il faut pouvoir parler de projets de vie et de projets de soins en commun entre le médico-social et le sanitaire »

[Cf pour plus de détail le support de présentation du CHP](#)

Clôture de la journée

👁 [Revoir](#)



• Pascal Mariotti

« Je souhaiterais me situer à l'interface entre ce qui a été dit ce matin et cet après-midi. Nous voyons bien qu'au sein de nos établissements et avec l'aide de différents partenaires, les initiatives sont nombreuses, intéressantes et mériteraient d'être plus systématisées et fréquemment évaluées ». « Force est de constater l'absence d'une vraie culture de l'évaluation et de santé publique dans notre secteur ». « Mais ce n'est pas forcément à nous, acteurs de soins et d'accompagnement de le faire spontanément, c'est aussi la responsabilité des autres. Face à autant de choses, il serait temps de réussir à davantage mutualiser et partager ces initiatives. Côté AdESM, nous avons fait un pas vers la HAS pour déshospitalocentrer la psychiatrie autour de la certification V2020 notamment. Nous espérons que le GEPSO fera de même. Nous avons également de nombreuses propositions à faire en ce sens à ceux qui nous gouvernent. Je voulais remercier les intervenants et ceux qui ont participé à cette journée en présentiel comme en distanciel ».



- **Marie-Laure De Guardia**

« Il me semble que l'enjeu majeur est la communication car la matière existe et le travail se fait ». « **Au-delà de la charte, je pense que le prochain enjeu serait peut-être de créer l'outil interactif qui permette de mettre en commun ces outils et pratiques innovants (pour aller chercher et déposer des choses). C'est ce que nous allons voir entre nos trois associations** ». « Nous avons encore à convaincre les pouvoirs publics à tous les niveaux sur l'intérêt de ce travail transversal et collaboratif pour la prise en charge globale des usagers ; sans oublier bien évidemment l'importance de la participation des usagers eux-mêmes dans ce travail. »



- **Marie-Noëlle Petit**

« Je dirais que peu importe les termes que nous pouvons donner à ces dispositifs (« case manager », document de liaison,

équipe de coordination, etc.) et ses destinataires (usagers, patients, citoyens etc.), il faut dépasser ces querelles sémantiques / théoriques historiques pour développer des outils, éviter les ruptures, apporter de la lisibilité et faire de la coopération entre les secteurs (médecine de ville, médico-social, psychiatrie, etc.). Il faut partir du terrain et faire remonter cette charte aux ARS et au COPIL de psychiatrie et de la HAS. Et quitte à faire évoluer cette charte pourquoi ne pas la faire signer aussi par nos usagers ? Merci encore pour cette journée ! »

GEPSO
64 rue du dessous des berges
75013, PARIS
01.44.68.88.33

www.geps0.fr



GEPSO

GRUPE NATIONAL des ÉTABLISSEMENTS
PUBLICS SOCIAUX et MÉDICO-SOCIAUX

En partenariat avec



Direction[s]