

N° 3

La lettre du

plan psychiatrie et santé mentale

Un bilan de la 2^{ème} année de mise en œuvre du plan sera établi à la fin du 1^{er} semestre 2007.

A mi-chemin du terme de ce plan prévu pour 4 ans, 2 préoccupations fortes s'imposent :

- réussir le décloisonnement des prises en charge entre le sanitaire, le médico-social et le social, un de ses axes prioritaires : le succès du plan dépendra en grande partie de sa capacité à entraîner le développement des complémentarités entre les secteurs de la psychiatrie et les institutions médico-sociales et sociales, en associant les compétences et les savoir-faire réciproques, en favorisant les mises en commun de moyens humains et/ou financiers ;
- rendre concrets les effets du plan dans les régions, dans les établissements et les services.

Ce 3^{ème} numéro du plan est consacré à :

- la consultation de toutes les commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM), lancée en 2007 sur la coordination des champs sanitaire, social et médico-social ;
- la présentation des réalisations dans une région : Rhône-Alpes.



Ministère de la Santé et des Solidarités
14 avenue Duquesne 75007 Paris
www.sante.gouv.fr

La consultation des CRCSM sur la coordination des champs sanitaire, social et médico-social

Le cadre de réalisation de cette consultation

Le bilan sur la mise en œuvre de la 1^{ère} année du plan a conduit à retenir ce sujet comme un axe de travail prioritaire pour l'année 2006-2007.

Dans cette perspective, une démarche a été engagée conjointement entre le niveau national et le niveau régional dans 2 régions volontaires (Haute-Normandie et Bourgogne), de septembre 2006 à février 2007, dans l'objectif de repérer de façon concrète les moyens de favoriser de telles coordinations, ou d'expliquer leurs difficultés de mise en place.

Les pistes de travail issues de cette démarche serviront à introduire les travaux sollicités auprès de chaque CRCSM.

L'objectif d'une consultation des CRCSM

Les acteurs régionaux sont invités à :

- dresser l'état des expériences de coordination mises en œuvre localement, dans l'élaboration des plans et des programmes régionaux ou départementaux concernant la psychiatrie et ses liens avec le social et le médico-social, comme dans leur mise en œuvre et dans le développement des projets locaux ;
- analyser les difficultés qu'ils rencontrent pour développer des solutions à la hauteur des besoins ;
- proposer les méthodes et les moyens permettant de favoriser les complémentarités concrètes entre les services et les institutions relevant du sanitaire, du médico-social et du social.

L'ensemble de ces éléments fera l'objet d'un rapport adressé par le président de la CRCSM à la DHOS et la DGAS, chargées de piloter cette action en lien avec les autres directions d'administration centrale, la CNSA et la MNSAM. A partir des enseignements tirés de ces remontées régionales, un cadre d'action le plus précis possible sera établi, au niveau national pour faciliter, dans toutes les régions, le décloisonnement des prises en charge des personnes ayant un handicap psychique.

Il est attendu, bien sûr, qu'avant même que ce cadre d'action soit défini, les régions utilisent l'occasion de cette consultation pour engager tous les rapprochements souhaitables entre les acteurs concernés.

Certaines CRCSM, de constitution ancienne, ont conduit depuis plusieurs années des travaux sur ces sujets. D'autres ont débuté depuis peu leur réflexion.

Ces travaux, déjà aboutis ou en cours, pourront utilement être repris dans le cadre de cette consultation générale et prendre leur place dans les remontées attendues par le niveau national.

Les modalités de la consultation : calendrier et méthode

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), en leur qualité de président de la CRCSM, sont invités à inscrire ce questionnement à l'ordre du jour de l'instance à partir d'avril 2007. Les débats ainsi engagés pourront se dérouler jusqu'à fin novembre 2007, selon les formes qui sembleront les plus appropriées aux acteurs locaux.

Une fois les débats achevés, un document de synthèse sera adressé par chaque CRCSM à la DHOS.

L'exploitation nationale de ces rapports se fera de manière à préparer un cadre d'action utile aux régions au cours du 1^{er} semestre 2008.

Le plan psychiatrie et santé mentale en Rhône-Alpes

Une mise en œuvre organisée et concertée

La concertation en santé mentale est une tradition en Rhône-Alpes. Le 1^{er} comité régional de la psychiatrie a été mis en place en 1998, à titre expérimental. Il a été très actif, notamment dans la rédaction du volet psychiatrie des 2 derniers SROS. Il a subsisté jusqu'à la création de la CRCSM dans sa dimension réglementaire.

Un dispositif de coordination : l'équipe projet

L'équipe projet du plan psychiatrie et santé mentale en Rhône-Alpes est une équipe régionale et interdépartementale prenant en compte l'ensemble des composantes : santé publique, offre de soins, politiques médico-sociale et sociale de la santé mentale. Elle est composée d'un représentant de chaque service de la DRASS, d'un représentant par DDASS et des 2 correspondants régionaux du plan (DRASS et ARH).

Le représentant de chaque DDASS est chargé de décliner, au sein de son département, les objectifs du plan et de faire le lien avec les autres services de l'Etat, les services des collectivités territoriales et les représentants associatifs.

Sa mission a été fixée par note du DRASS de novembre 2005.

Dans sa 1^{ère} année d'existence, elle s'est employée à fonder une culture commune, socle indispensable à la mise en place de cette politique très transversale.

Elle établit un programme de travail destiné à :

- favoriser l'émergence d'un diagnostic partagé ;
- concilier les démarches élaborées aux différents échelons et en améliorer la lisibilité (PRSP, SROS, PRIAC, schémas médico-sociaux, politique sociale, politique de santé publique du conseil régional) ;

- formaliser les liens avec d'autres thématiques : urgences, périnatalité, gériatrie, demandeurs d'asile...

Cette équipe se réunit toutes les 6 semaines et rend compte de ses travaux au CTRI.

Un dispositif de concertation : la CRCSM

La commission plénière est composée de 53 membres officiels, auxquels il faut ajouter les personnels institutionnels de l'agence. Dans ces conditions il est difficile d'imaginer pouvoir organiser un travail de réflexion efficace. Aussi, la création de 4 sous-commissions a été décidée, sur des problématiques identifiées par le volet « psychiatrie et santé mentale » du SROS 3.

Deux réunions plénières de la CRCSM ont lieu chaque année, l'une sur un ordre du jour thématique, l'autre sur le bilan de l'année (activité des sous-commissions et actions conduites dans le cadre du plan et de ses déclinaisons régionales).

Les 4 sous-commissions se réunissent une fois par mois. Leurs participants (43 au total) ont été désignés par les différents collèges constitutifs de la commission plénière, avec notamment la présence de représentants des usagers dans chacun d'eux.

Selon les sujets, les sous-commissions ont décidé de s'ouvrir à des représentants des territoires ou des personnes qualifiées.

Un cadre de travail a été fixé, avec des objectifs sur la durée du mandat de la CRCSM. Ceci a donné lieu à une lettre de mission adressée par le directeur d'ARH aux animateurs de chaque sous-commission, après validation de la commission plénière.

Le travail des sous-commissions en 2007

<p>1 Articulation sanitaire, médico-social et social :</p> <ul style="list-style-type: none"> - publication de la synthèse des expérimentations innovantes dans chacun des départements, - évaluation des personnes « déclarées sortantes » actualisée (2007) sur la base d'une grille partagée (ARH, Conseils généraux, DDASS - rédaction d'un projet de charte de fonctionnement entre les différents champs à négocier avec les départements à partir du mois de septembre 2007. <p>La participation de représentants des conseils généraux à ce groupe permet d'envisager une approche partagée des problématiques et de tabler sur un projet concret à adapter selon les spécificités de chaque département.</p>	<p>2 Prise en charge des enfants et des adolescents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rédaction de la partie « pédopsychiatrie » de la charte « pédiatrie » prévue par le SROS 3 afin de définir organisation, équipements au niveau de chaque territoire de santé (participation de pédiatres) - articulation sanitaire, social et médico-social en infanto-juvénile (participation de représentants de structures des autres champs), - réflexion sur les adolescents (crise, situation d'urgence) : liens avec ASE, EN, PJJ... : modalités de prise en charge, - dépistage précoce des troubles psychiatriques : liens avec la PMI, les services de maternité... <p>Le groupe est associé dans le cadre de la restitution de l'appel à projet « Maison des adolescents ».</p>
---	--

<p>3 Formation et évolution des métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réflexion sur le rôle et la place du psychologue : <p>A partir d'un cadre d'enquête, définir : expression des psychologues sur leur rôle en institution, attente des institutions, possibilités d'évolution de ce rôle</p> <p>(participation de psychologues institutionnels, libéraux, participation de l'université Lyon 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - réflexion sur le rôle et la place de l'infirmier : repérage et analyse des expérimentations innovantes en région, analyse des textes relatifs à la responsabilité médico-légale (point de vue d'un directeur des soins, point de vue d'un juriste) <p>A partir d'un cadre d'entretien, définir les limites du statut, de la formation, préconiser des évolutions.</p> <p>Le groupe est associé dans le cadre de l'instruction de l'attribution des crédits du volet formation du plan psychiatrie et santé mentale.</p>	<p>4 Suivi du SROS – Territoires – Evaluations de pratiques professionnelles :</p> <p>Ce groupe dispose d'une fonction particulière dans la mesure où il regroupe professionnels et représentants des DDASS. Il recueille l'ensemble des réflexions élaborées dans les autres groupes pour nourrir la mise en œuvre du SROS. Il est également consulté lors de la répartition des crédits du plan.</p> <p>Ses axes de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - vérifier l'adaptation de l'offre de soin en psychiatrie en termes de territoire de santé à partir d'une analyse croisée des données issues d'une étude produite par l'assurance-maladie (DRSM-URCAM) à partir de la prévalence et l'incidence des troubles psychiatriques ; des données sociodémographiques (suite de l'étude Kovess) ; de l'examen de la taille des secteurs actuels et leur éventuelle redéfinition (incidence de l'organisation en pôles d'activité médicale) - préciser l'offre au niveau du bassin de santé : cerner les équipements disponibles ; définir les organisations optimales dans les territoires de santé. <p>Ces pistes de travail tracent les réflexions futures, sans retarder l'action.</p>
--	---

Le bilan du PPSM en Rhône-Alpes pour l'année 2006

Un bilan complet de la mise en œuvre du plan a été présenté et discuté lors d'une réunion de la CRCSM en décembre 2006. Les réalisations les plus marquantes figurent ci-dessous.

Objectif 2 du plan : mieux accueillir et mieux soigner 4 431 256 € affectés en 2006

<ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>En géronto-psychiatrie : 470 663 €</i> <p>Financement d'un dispositif pour personnes âgées dans l'Ain, d'un hôpital de jour dans le Rhône</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ <i>Le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein : 1 242 177 €</i> <p>Financement d'un CATTP dans l'Ardèche, d'une équipe hospitalière intersectorielle de liaison dans la Loire, d'hôpitaux de jour en Haute-Savoie...</p>
--

► *En pédo-psychiatrie : 1 723 410 €*

Renforcement de l'unité d'hospitalisation de jour pour adolescents dans la Drôme, de l'UPMI dans l'Isère, création d'une maison des adolescents dans la Loire, financement d'une unité pour adolescents dans le Rhône, création d'un CATTTP pour adolescents en Haute-Savoie...

► *La prise en charge des urgences : 216 773 €*

Création d'un centre de 20 lits dans l'Isère, d'astreintes en pédo-psychiatrie dans le Rhône...

► *Des renforcements de moyens : 128 233 €*

Renforcement des personnels en hospitalisation complète, CMP et ambulatoire en Haute-Savoie

► *Mise en place de lits sécurisés : 650 000 €*

Fin de financement d'une USIP de 18 lits dans le Rhône

► *Pour rompre l'isolement des généralistes*

Elaboration d'une charte médecins généralistes / médecins psychiatres (en lien avec l'URML)

► *Le développement des réseaux de santé mentale*

Financement d'un réseau sur le handicap psychique dans l'Isère, pour les adolescents dans l'Isère et dans le Rhône (maison des adolescents)

Objectif 3 du plan : mieux accompagner

► *Le développement de services et de structures d'entraide et d'accompagnement*

Création de 45 places de SAMSAH, de 31 places de SESSAD, de 19 GEM

► *Pour un meilleur accès au logement ou à un hébergement adapté*

Passation de conventions entre les bailleurs et les réseaux associatifs et médico-sociaux dans les 4 départements les plus urbanisés ; création de 37 places de FAM et de 10 places de CRP

► *En faveur du travail protégé*

Création de 26 places d'ESAT

► *Plus particulièrement dans le domaine de l'autisme*

Création de 63 places de FAM et de MAS, de 17 places d'IME et de 6 places de SESSAD ; ouverture de l'unité de coordination du centre ressources régionales pour l'autisme

Objectif 5 du plan : améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale

► Investissements hospitaliers :

132 M € pour la réalisation de 8 opérations

► Amélioration de la formation continue des infirmiers

2,8 M € (495 jeunes diplômés et 259 tuteurs)

► Programme sur la périnatalité

Création d'une dizaine de postes de psychologues dans les maternités

► Programme en faveur des populations vulnérables

Entre 2005 et 2006, 4 équipes mobiles psychiatriques mises en place

Des exemples de réalisations concrètes

Pour améliorer les soins : le CMP ressource

En conformité avec les objectifs du PPSM, le SROS 3 veut améliorer l'accessibilité des CMP en réduisant les délais du 1^{er} rendez-vous et en spécifiant l'orientation.

A titre d'exemple, le dispositif mis en place par l'équipe du Pr. Dalery (centre hospitalier du Vinatier) est décrit ci-dessous : **il propose désormais un rendez-vous, sans délai, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00, ainsi que le samedi matin, par un binôme de l'équipe soignante infirmière.**

Cet accueil donne lieu à une orientation à bref ou moyen terme sur le système de soins spécialisés ou non, libéral ou hospitalier. Cette procédure est supervisée lors d'une réunion hebdomadaire en présence du médecin responsable.

Ses origines

Devant une augmentation considérable du nombre de demandes de consultations, avec une inadéquation totale entre la demande et les modalités de la réponse soignante, les questions suivantes se posaient :

- comment diminuer les délais de consultation ?
- quel étayage proposer à nos partenaires pour éviter un recours immédiat à la psychiatrie ?
- comment se dégager d'une pression en amont et soutenir patient et famille dans un moment critique, celui de la demande de consultation ?

Un entretien dit « d'accueil » a été mis en place, réalisé dans un délai le plus court possible (entre un et 8 jours), soit par un infirmier, soit par un psychologue.

La prise de rendez-vous pour l'entretien d'accueil

Un membre de l'équipe se mettra en rapport avec la personne, afin de lui faire une proposition de rendez-vous d'accueil dans les plus brefs délais (sous 8 jours environ)

Il est également possible de proposer d'emblée une date de rendez-vous pour un entretien d'accueil, s'il a été précédemment indiqué par les infirmières ou les psychologues des plages de temps d'entretien d'accueil.

Concernant les demandes de patients en post-cure du secteur 69G10, ou adressés par des unités médicales intra-hospitalières, il est programmé un rendez-vous directement auprès du médecin, sans transiter par l'accueil. Le rendez-vous est fixé dès l'appel puisque les agendas sont à disposition du secrétariat.

L'entretien d'accueil

Une attention est portée à ce que le temps de cet accueil soit différencié d'un temps de consultation et notamment de 1^{ère} consultation.

Lors de cette rencontre, il va s'agir de comprendre ce qui motive aujourd'hui le recours à la psychiatrie. L'entretien d'accueil n'est ni une séance de psychothérapie, ni un interrogatoire, ni une enquête sociale.

Le temps d'accueil correspond à :

- un 1^{er} contact avec un patient en demande ;
- une évaluation clinique de l'urgence médicale psychiatrique à traiter la souffrance psychique : si la souffrance est l'urgence du patient, cette urgence ne correspond pas forcément à l'urgence médicale ;
- une évaluation de l'urgence du patient et/ou de sa famille ;
- un temps de contenance de cette urgence et un 1^{er} lien indispensable et adéquat, puisqu'au plus près de la demande des patients, même si celle-ci n'est pas élaborée.

Une attention particulière

- la clinique actuelle, avec une attention particulière pour tous les éléments symptomatiques signant une urgence psychiatrie. En somme et sans être trop réducteur, 2 situations d'urgence clinique doivent retenir l'attention : la bouffée délirante aiguë et la dépression, avec son cortège de symptômes de gravité.
- le motif et les circonstances de la demande du côté du patient, son urgence à lui (facteurs déclenchants et passage à l'acte récent), les attentes de la personne quant à sa prise en charge thérapeutique en psychiatrie
- l'anamnèse : il ne faut pas faire de cet accueil une enquête intrusive. Il ne s'agit pas de connaître parfaitement l'histoire d'un patient, mais de savoir s'il existe une antériorité des troubles, la nature et la durée du traitement mis en œuvre alors (l'observance, les ruptures ...).

Il convient de repérer les éventuels signes d'alerte, les prodromes d'un effondrement plus dramatique.

- l'hémorragie psychique : il est nécessaire de poser le cadre thérapeutique à venir par l'énoncé du dispositif (horaires d'ouverture, permanence, rencontre avec des professionnels nommément désignés). Le patient a d'emblée un référent connu au CMP, du fait même de la personne qui l'a accueilli.
- l'assurance, à la fin de l'entretien d'accueil, que le patient ait été entendu, contenu et qu'il puisse quitter le service en pouvant différer son urgence.
C'est la vérification en fin d'entretien du « comment il se sent » et du « comment il envisage l'avenir proche ».

La plupart des patients évoquent d'eux-mêmes le « bien-être » que ce moment de parole a pu leur procurer.

Les effets constatés

Pour les patients, ce qui semble évoluer de façon positive se repère par :

- la diminution de l'anxiété liée à la rencontre avec la psychiatrie ou ses représentants ;
- la reconnaissance d'une parole qui devait se dire à ce moment précis, le soulagement lié au fait de se sentir écouté ;
- l'expérience de non dangerosité ;
- la possibilité de différer ;
- l'assurance de la rencontre d'un interlocuteur individuel ou institutionnel possible si la situation évoluait dans un sens péjoratif ;

Tout ceci peut amener à une dédramatisation de la situation, un effet d'apaisement et de réassurance. C'est aussi et surtout l'assurance d'un lieu, d'un lien, d'une prise en compte dans des délais acceptables, même si, dans la réalité, les délais de prise en charge peuvent être assez importants.

Pour les soignants

En équipe, on note une diminution de l'anxiété groupale que l'on rencontrait auparavant face à la pression exercée par l'afflux de demandes non traitées. Il est évident que la culpabilité vécue par l'équipe face à cette inquiétude de ne pas remplir sa mission est apaisée par l'entretien d'accueil et permet, du coup, d'améliorer la confiance groupale et la disponibilité.

Les temps médicaux et psychologiques sont exonérés des entretiens sociaux, des entretiens de gestion du malheur et sont, de ce fait, beaucoup plus adaptés à des situations cliniques authentiques.

L'entretien d'accueil est un moyen de partage des compétences cliniques thérapeutiques de chacun des membres de l'équipe. Il a eu un effet dynamique et positif dans la reconstruction de l'identité soignante. Il a également permis une remise en questionnement des places et des rôles de chacun, ainsi qu'une évolution sur les indications. Par l'éclaircissement des places de chacun, une relance de la réflexion institutionnelle a été permise, notamment sur les indications et les orientations.

Les difficultés rencontrées

- l'importance de repenser la réponse entre l'entretien d'accueil et la réponse post-réunion d'équipe : il existe un problème, semble-t-il, avec le délai.
- l'orientation dans le privé lorsque la situation clinique semble appropriée : non seulement il n'existe pas de relais solide avec les confrères du secteur privé, mais leurs relais sont insuffisamment portés du fait d'une méconnaissance de ces confrères et de leur modalité de travail.
- le dégagement de la pression, en amont, d'un trop plein sur les consultations, qui oriente parfois la réponse
- la « désacralisation » de l'entretien d'accueil, pour replacer ce dernier où il est et doit être et le départir d'une place sacralisée magique.

Le temps de l'après : de la transformation à la reformulation

L'accueil est un outil au service du sujet et du soin. Après l'accueil, le soignant établira la fiche d'accueil qui servira à l'élaboration commune lors de la réunion clinique.

Un travail de transformation, un moment de solitude et de réflexion

Il s'agit de retranscrire avec concision ce qui a été dit, entendu. Trier parfois dans la profusion des éléments (ou leur absence) et extirper ce qui pourrait être signifiant. Rechercher les points qui étayeront la lecture clinique. Evaluer l'urgence de la demande. En quelque sorte, savoir ce que l'on fait pour ensuite être en mesure de restituer au mieux la situation et, si possible, énoncer les premières intentions thérapeutiques que l'on peut déduire de tout ce qui précède.

La reformulation en équipe

C'est dans l'espace groupal de la réunion clinique que se fera la reformulation. C'est dans cet échange, au-delà de la fiche clinique, que pourront être évoqués des perceptions, des non-dits, des indicibles. Du questionnement et de la relecture commune, se dégageront une piste et une réponse possible à apporter.

Un rendez-vous est le plus souvent proposé avec un membre de l'équipe, mais il arrive aussi que le rendez-vous ne soit pas donné, soit que cela ne paraisse pas adapté, soit que le demandeur n'en souhaite pas. L'accueil offre parfois à ce moment là un lieu, pour déposer une charge émotionnelle ou simplement dire à un tiers.

En conclusion

Les entretiens d'accueil ont été mis en place dans le but de :

- proposer autre chose, un autre espace qu'un délai d'attente ;
- permettre d'affiner, sur un plan clinique, la nature de l'urgence de la demande du patient ;
- différencier l'urgence psychiatrique ou psychologique ;
- offrir un cadre contenant dans un délai adapté.

Du côté du patient, cet entretien d'accueil aménage un cadre contenant de la charge émotionnelle actuelle et une prise en considération de ses difficultés du moment. Il lui permet ensuite d'envisager une offre de soin, proposée sous huitaine, ce qui peut lui permettre de tenir en ayant une représentation d'un lien qui se substitue au vide, au manque, à l'absence et, au bout du compte, au fait de se sentir seul devant l'adversité.

Du côté du soignant, c'est un outil supplémentaire bénéfique au patient. C'est, malgré la difficulté et le surcroît de responsabilité, une reconnaissance et une valorisation de la pratique infirmière. Ce travail est le résultat d'une dynamique d'équipe qu'il conforte en soutenant la réflexion en équipe. Cela ne peut se faire sans le filet de sécurité qu'est la confiance mutuelle, le soutien de l'équipe et l'engagement du responsable médical.

Equipe du CMP de Décines
Service du Pr. Dalery
philippe.quinet@ch-le-vinatier.fr

Le PPSM et le SROS 3 préconisent d'élaborer par territoire de santé une politique concertée (entre les collectivités territoriales, l'état, les soignants et les associations), permettant une prise en charge globale, quel que soit leur lieu de vie, des personnes handicapées psychiques. L'exemple choisi sur l'agglomération de Saint-Etienne illustre cette approche.

L'association **Recherches et Formations**, créée en 1979 à l'initiative du Professeur Jacques Pellet avec l'implication de l'ensemble des services de psychiatrie du CHU de Saint-Etienne, notamment les Professeurs Catherine Massoubre et François Lang, fonde ses actions sur le principe suivant :

" Il n'est pas nécessaire d'avoir des services d'hospitalisation de 50 à 60 lits. L'hôpital doit être le lieu de traitement des crises, un lieu technique de prises en charge complexes et spécialisées et d'ajustement thérapeutique. L'hospitalisation doit être la plus courte possible pour éviter, autant faire ce que peut, une désocialisation de la personne. Pour cela, il faut s'appuyer sur les structures existantes dans la communauté".

Ces orientations s'expriment dans la création de **dispositifs modulaires extrahospitaliers**, à travers lesquels l'association développe des services ou des structures pour favoriser la réadaptation psychosociale de personnes invalidées par des troubles psychiatriques et le handicap qui en découle.

Dernier né de l'association, le foyer **EPIS**, ouvert au mois de mars 2004, accueille des personnes (40 internes et 35 externes) qui, pour la plupart, étaient hospitalisées au long cours et pour qui tout projet d'insertion directe en milieu ouvert est invalidé par les conséquences résiduelles de la maladie.

Pour chaque personne, un accompagnement individualisé vise à favoriser :

- le maintien des acquis fondamentaux liés à la gestion de sa vie quotidienne et toutes les évolutions possibles pouvant permettre un gain d'autonomie ;
- la stabilisation psychique ;
- le maintien d'un lien avec l'environnement extérieur dans sa dimension sociale au sens large du terme, ainsi que tous les moyens d'accroître la qualité de vie.

Il s'agit de favoriser la restauration du lien entre la personne et la société en s'appuyant sur les ressources communautaires de la cité.

L'accompagnement proposé au foyer, articulé autour de l'immersion dans la cité, des actes de la vie quotidienne et des ateliers collectifs de redynamisation, vise à renforcer les aptitudes personnelles (relationnelles, cognitives, psychomotrices) à partir de l'organisation collective interne et de l'environnement résidentiel direct pour une meilleure qualité de vie et une plus grande implication sociale. Ces axes constituent les fondamentaux de l'action.

Les résidents vont et viennent chaque jour au sein du quartier et de la ville.

Cette activité de « Monsieur tout le monde » atténue la stigmatisation et renforce le sentiment d'appartenance sociale.

Le foyer fonctionne dans le cadre de la loi 2002-2. Un des axes forts de ce texte de loi porte sur la notion de liberté individuelle des personnes accueillies (accès aux données les concernant, liberté d'aller et venir, participation aux décisions les concernant et concernant la vie et l'organisation de l'établissement...).

Ces principes participent pleinement de la reconnaissance des personnes en tant que citoyen à part entière et on ne peut que s'en féliciter. Il n'est cependant pas toujours simple de les faire coïncider avec les conséquences de la maladie mentale, qui limitent souvent les aptitudes à prendre des décisions et à organiser sa vie en fonction d'une compréhension de l'environnement et de capacités de jugement souvent perturbées. Cette limitation peut être source de souffrance.

C'est alors que la question de l'articulation avec le secteur sanitaire prend tout son sens et son importance. Cette dimension est d'ailleurs reconnue sur un plan institutionnel et politique par la signature d'une convention tripartite entre le conseil général de la Loire, le CHU de Saint-Etienne et l'association Recherches et Formations.

La structure fonctionne sur un mode de **l'intersectorialité**. Ceci permet la continuité du lien entre les personnes et les équipes de soin qui assurent leur prise en charge avant l'entrée dans l'établissement.

L'articulation ainsi mise en œuvre est également répliquée dans le champ de la santé somatique en collaboration avec les médecins généralistes et spécialistes, notamment grâce à la présence de 2 infirmières et des réunions de synthèse régulières

L'établissement à partir de sa vie quotidienne participe à une triple mission de santé publique autour d'une « veille et stabilisation » psychiatriques, de la gestion des problèmes somatiques et de la coordination entre les multiples acteurs de prises en charge.

Un récent **programme prospectif sur 5 ans conduit dans le cadre d'un PHRC sur « l'état de santé et la qualité de vie subjective »** montre, dans ses premiers résultats, qu'au foyer, des personnes schizophrènes stabilisées voient leur qualité de vie augmenter au bout d'un an, ce qui est assez rare dans la littérature.

Pour certains, le foyer constitue une solution d'hébergement durable, mais pour d'autres, les évolutions favorisées par l'accompagnement dispensé sur le plan des habilités sociales et de l'autonomie résidentielle permettent d'envisager une sortie pour un logement individuel plus autonome.

C'est en ce sens, que l'association devrait prochainement ouvrir un SAMSAH pour prolonger l'action du foyer au domicile des personnes.

Association Recherches et Formations – Foyer EPIS
71 bis, rue Louis-Soulié – 42000 Saint-Etienne
Yann Boulon – Directeur
yann.boulon@wanadoo.fr

La politique en faveur des enfants et adolescents

Le SROS 3 préconise de mieux répartir les lits d'hospitalisation complète en faveur des enfants et adolescents. Dans cette optique, **le travail de concertation doit permettre d'ouvrir une unité d'hospitalisation intersectorielle pour adolescents par territoire de santé**. C'est ce qu'a mis en place l'agglomération de Lyon sur 2 sites, au Vinatier et à Saint-Jean-de-Dieu. Ces unités seront évaluées à la fin du SROS 3.

L'hospitalisation des adolescents : le département adolescents du SIH du Rhône

Depuis quelques années, la nécessité de structures de soins spécifiques pour les adolescents est reconnue. Il est maintenant bien établi que, dans le dispositif de soins apportés aux adolescents, l'hospitalisation est parfois nécessaire.

Cependant, l'hôpital ne doit pas être réduit à une plaque tournante, même lors d'hospitalisations brèves et urgentes. Il doit, au contraire, représenter un des maillons dans la chaîne des soins. Dans le cadre de la psychiatrie publique, le secteur reste le lieu privilégié pour le soin aux adolescents, avec ses différents lieux : CMP, CATTP, hôpital de jour.

L'existence d'articulations entre ces différents équipements et les lieux d'hospitalisation est fondamentale. Ces liens représentent une part essentielle du soin, une nécessité pour que l'hospitalisation prenne sens dans l'histoire clinique de l'adolescent.

En aucun cas, l'hospitalisation ne peut être considérée comme la solution à tous les problèmes des adolescents. Elle doit toujours être considérée comme un lieu de soins, en aucun cas comme un lieu de vie. L'hospitalisation est un acte médical. L'indication doit toujours en être portée par un médecin. Dans bien des cas, les références nosographiques traditionnelles ne sont pas suffisantes pour justifier l'hospitalisation. Il convient de prendre en compte également les répercussions individuelles et familiales d'une affection, ainsi que les facteurs de co-morbidité et de personnalité. L'élaboration du projet du département adolescents a été discutée dans le cadre du syndicat inter-hospitalier (SIH) réunissant les 3 centres hospitaliers à vocation psychiatrique du département du Rhône : Le Vinatier, Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Cyr. Il anticipait le SROS 3 de la région Rhône-Alpes qui, dans son volet psychiatrie et santé mentale, a demandé la mise en place d'unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie à vocation départementale ou interdépartementale et une amélioration de la structuration de l'offre de soins, face à la demande croissante.

Pour compléter le dispositif préexistant constitué d'une unité d'hospitalisation de 10 lits et 5 places, Flavigny, implantée au centre hospitalier du Vinatier, il a été retenu le principe de l'implantation d'une nouvelle unité (Ulysse, 8 lits, 4 places) sur l'autre site hospitalier psychiatrique de Lyon, Saint-Jean-de-Dieu, ainsi que la mise en place d'une équipe de bilan et d'orientation sur un site au nord du département, Villefranche, en lien avec le 3^{ème} hôpital psychiatrique du département, Saint-Cyr au Mont d'Or. Ces 3 lieux constituent le département pour adolescents du SIH du Rhône, sous la responsabilité d'un seul chef de service, le Dr. Thierry Rochet.

Le projet médical commun à ces structures illustre la nécessité d'une ouverture théorique permettant d'intégrer des approches psychodynamiques, cognitives, médicamenteuses et corporelles et la nécessité de collaborations, notamment avec l'éducation nationale et les structures relevant de la MDPH. L'équipe de bilan et d'orientation pour adolescents, à Villefranche, permet une évaluation et un temps de réflexion après l'arrivée aux urgences de l'adolescent. Ce dispositif est particulièrement adapté pour les situations aiguës, notamment les conduites suicidaires, les décompensations psychiques aiguës, etc. Toutefois, l'équipe de Villefranche n'a pas encore pu constituer la totalité de son équipe.

En ce qui concerne l'âge des patients, le département reçoit des adolescents de 12 à 18 ans, tout en gardant une certaine souplesse pour la tranche d'âge supérieure.

Les moyens obtenus dans le cadre du PPSM ont permis de compléter le financement de ce département, longuement réfléchi dans la concertation et permettant d'augmenter de façon quantitative le dispositif préexistant, tout en améliorant la structuration de l'offre de soins réservée à cette tranche d'âge.

Ce département est intégré dans un double dispositif sectoriel et départemental, qui se doit de travailler en réseau. Ce réseau a vocation à articuler les services d'urgence, de pédiatrie, les secteurs, les différents lieux d'hospitalisation, la médecine libérale, mais aussi les associations, la PJJ, l'éducation nationale, etc. Ce réseau devrait trouver son essor à travers la mise en place d'une maison des adolescents.

A partir du document rédigé par le Dr Thierry Rochet,
**« Projet de département d'hospitalisation
pour les adolescents »**

En conclusion

En Rhône-Alpes, le cap vers des objectifs communs est tenu avec résolution : assurer à l'utilisateur une continuité de prise en charge tout au long de sa vie, construire et garantir des passerelles permettant l'accès au soin, la réinsertion, l'éducatif et l'intégration dans la vie sociale.

La tâche n'est pas simple.

Elle est plus facile à conduire dans une démarche collective favorisée en Rhône-Alpes par l'implication forte de la CRCSM et notamment des représentants des usagers.

Pour en savoir plus, bibliographie et communications :

- « Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au delà de la psychiatrie) », Jean Furtos, p.9 à 38 in « La santé mentale en actes », éditions Erès 2005
- « Charte d'un réseau sanitaire et médico social concourant à l'insertion sociale et/ou professionnelle des personnes adultes handicapées psychiques de l'Isère », Réseau Réphi - 38320 Eybens
- « La lettre de l'ARH », n°38 (septembre 2006), p.5 et 6
- Association Recherches et Formations en Loire pour « favoriser la réadaptation psychosociale et professionnelle des personnes fragilisées par des troubles psychiatriques et psychiques »

Pour contacter les coordonnateurs de la région Rhône-Alpes :

Catherine Lombard : tél. 04 72 34 31 59

Corinne Martinez : tél. 04 78 63 71 23

Les prochains numéros de « La lettre du plan psychiatrie et santé mentale » présenteront la situation d'autres régions.