



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2011-133P

# La prise en charge du handicap psychique

## RAPPORT TOME II – ANNEXES

Établi par

Fadéla AMARA                      Danièle JOURDAIN-MENNINGER  
Myriam MESCLON-RAVAUD                      Dr. Gilles LECOQ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales



# Sommaire

SOMMAIRE .....	3
ANNEXE 1 : LA PALETTE DES REPONSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ADULTES HANDICAPEES PSYCHIQUES .....	7
ANNEXE 1 BIS : LA PALETTE DES REPONSES DANS LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS-ADOLESCENTS HANDICAPES PSYCHIQUES .....	19
ANNEXE 2 : MONOGRAPHIE DU DEPARTEMENT DES YVELINES .....	27
1. PRESENTATION GENERALE REGION ILE-DE-FRANCE/DEPARTEMENT DES YVELINES .....	27
2. OFFRE DE SERVICE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE.....	27
2.1. Pour les enfants et adolescents.....	27
2.1.1. Cartographie de la santé mentale.....	27
2.1.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux .....	28
2.2. Pour les adultes .....	28
2.2.1. Cartographie de la santé mentale.....	28
2.2.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux .....	28
3. MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES .....	28
3.1. Modalités d'organisation.....	28
3.2. Modalités de traitement des dossiers.....	29
3.2.1. Concernant les enfants et adolescents .....	29
3.2.2. Concernant les adultes.....	30
4. THEMATIQUES RATTACHABLES A LA SANTE MENTALE ET AU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LES STRATEGIES DEPARTEMENTALE ET REGIONALE .....	31
4.1. A travers le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale.....	31
4.1.1. En matière de scolarisation.....	31
4.1.2. En matière de prévention infantile.....	31
4.1.3. En matière d'offre de places en établissements et services pour les enfants et adolescents.....	31
4.1.4. En matière de prise en charge des adultes .....	32
4.2. A travers le premier plan stratégique régional de santé et schéma régional de l'organisation médico-sociale .....	33
4.2.1. Le PSRS d'Ile de France .....	33
4.2.2. Le SROMS .....	33
5. OBSERVATIONS DE TERRAIN.....	34
5.1. En matière de scolarisation.....	34
5.1.1. Dans le premier et second degré.....	34
5.1.2. A l'université.....	35
5.2. Quelques dynamiques locales intéressantes identifiées.....	36
5.2.1. La scolarisation en interne dans le centre hospitalier Théophile Roussel, spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale.....	36
5.2.2. La coopération entre le foyer départemental de l'enfance et la pédopsychiatrie.....	36
5.2.3. L'expérience des réseaux de santé mentale .....	37

5.2.4. Au titre des partenariats entre établissements de santé et ESMS .....	38
5.2.5. Au titre de l'insertion professionnelle .....	38
ANNEXE 2 BIS : MONOGRAPHIE DU DEPARTEMENT DU NORD.....	39
1. PRESENTATION GENERALE REGION NORD-PAS DE CALAIS/DEPARTEMENT DU NORD .....	39
2. OFFRE DE SERVICE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE .....	40
2.1. <i>Pour les enfants et adolescents</i> .....	40
2.1.1. Cartographie de la santé mentale.....	40
2.1.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux .....	40
2.2. <i>Pour les adultes</i> .....	40
2.2.1. Cartographie de la santé mentale.....	40
2.2.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux .....	40
3. MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES.....	41
3.1. <i>Modalités d'organisation interne</i> .....	41
3.2. <i>Modalités de traitement des dossiers</i> .....	41
4. THEMATIQUES RATTACHABLES A LA SANTE MENTALE ET AU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LES STRATEGIES DEPARTEMENTALES ET REGIONALES.....	42
4.1. <i>A travers le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale</i> .....	42
4.1.1. En matière de prévention infantile.....	42
4.1.2. En matière de prise en charge des situations infanto-juvéniles complexes .....	43
4.1.3. En matière de prise en charge des adultes .....	43
4.2. <i>A travers les plan stratégique régional de santé et schéma régional de l'organisation médico-sociale</i> .....	43
4.2.1. Le PSRS du Nord Pas de Calais .....	43
4.2.2. Le SROMS du Nord Pas de Calais .....	44
5. OBSERVATIONS DE TERRAIN.....	44
5.1. <i>En matière de scolarisation</i> .....	44
5.2. <i>En matière de prise en charge de situations complexes concernant des enfants et des adolescents</i> .....	45
5.3. <i>Dynamiques locales intéressantes identifiées</i> .....	46
5.3.1. Le dispositif ITEP ADNSEA .....	46
5.3.2. L'hôpital de jour du service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille .....	46
5.3.3. Le projet IPPEA du CHRU de Lille .....	46
5.3.4. Le partenariat entre le FAM des Piérides et l'EPSM de Lille Métropole.....	47
5.3.5. Le GEM « Amitié et Partage » de Lille.....	47
ANNEXE 3 : COMPARAISONS INTERNATIONALES .....	49
1. LES EXPERIENCES DE PROMOTION DE LA PAIR-EMULATION.....	49
1.1. <i>Des expériences à l'étranger montrent les modalités potentielles de la participation des usagers aux processus de soins et d'accompagnement</i> .....	49
1.2. <i>Les prémices de la participation des usagers en France</i> .....	50
1.3. <i>Questionnements autour de cette participation</i> .....	50
2. DESINSTITUTIONALISATION ET SOINS DANS LA COMMUNAUTE AU PRISME DES DIFFERENTES PRATIQUES NATIONALES.....	50
2.1. <i>Le soutien de l'Union européenne en faveur de la désinstitutionnalisation</i> .....	50
2.2. <i>La trajectoire de certains pays</i> .....	51

2.2.1. Italie.....	51
2.2.2. Allemagne.....	52
2.2.3. Angleterre.....	54
2.3. <i>Cadrage national</i> .....	54
ANNEXE 4 : DIVERS SCHEMAS SUR LES PARCOURS ET LES PARTENAIRES .....	57
ANNEXE 5 : LES DEPENSES DE PRISE EN CHARGE DU HANDICAP PSYCHIQUE.....	61
1. LES ETUDES ECONOMIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE DANS LE SANITAIRE DES PATHOLOGIES MENTALES.....	62
1.1. <i>Outils de mesure et périmètre de l'activité en psychiatrie</i> .....	62
1.1.1. Aucun outil statistique consolidé ne permet d'évaluer clairement les dépenses en psychiatrie.....	62
1.1.2. Le périmètre de la prise en charge sanitaire de la maladie mentale à prendre en compte dans les études de coût est large.....	63
1.2. <i>Deux études estiment le coût de la prise en charge dans le sanitaire autour de 14 Milliards d'euros</i> .....	64
1.2.1. Une première estimation produite par le rapport sur « la prise en charge psychiatrique en France » .....	64
1.2.2. Une étude réalisée par l'Unité de Recherche Clinique éco île de France .....	65
1.3. <i>Mise en perspective de ces estimations</i> .....	65
1.3.1. La part théorique des dépenses sanitaires de prise en charge du handicap psychique dans l'ONDAM .....	65
1.3.2. Une comparaison complexe et partielle des coûts de prise en charge dans le sanitaire des troubles du psychisme dans 5 pays .....	66
1.3.3. Dépenses prise en charge hospitalières et ambulatoires .....	67
2. LE COUT DE LA PRISE EN CHARGE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL .....	68
2.1. <i>Périmètre et financements du secteur médico-social et social</i> .....	68
2.2. <i>Le coût des allocations compensatrices du handicap psychique</i> .....	69
2.3. <i>Estimation des coûts de prise en charge en établissement</i> .....	70
2.4. <i>Estimation des coûts agrégés dans les secteurs médico-social et social</i> .....	71
3. LES IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUE DES PATHOLOGIES MENTALES .....	72
3.1. <i>La catégorie des coûts indirects</i> .....	72
3.2. <i>Les coûts liés à la perte de productivité au travail</i> .....	73
4. L'EVALUATION ECONOMIQUE DE LA PARTICIPATION DES AIDANTS FAMILIAUX .....	74
ANNEXE 6 : REPERAGE DES THEMATIQUES « SANTE MENTALE ET HANDICAP PSYCHIQUE » DANS LES PLANS STRATEGIQUES REGIONAUX DE SANTE 2011-2015 ....	77
1. LES PSRS ONT INSCRIT LE THEME DE « SANTE MENTALE » EN... ..	78
2. LES ORIENTATIONS ET OBJECTIFS INSCRITS DANS LES PSRS AU TITRE DE LA SANTE MENTALE PORTENT SUR ... ..	79
ANNEXE 7 : L'EVALUATION DE LA SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE : « LE TRIPTYQUE DE L'EVALUATION ».....	83
ANNEXE 8 : LES OUTILS DE LA COOPERATION .....	89

---

ANNEXE 9 : TEMOIGNAGES DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES .....	93
1. RESADO 82, UN RESEAU QUI VISE LA PRISE EN CHARGE CONCERTEE DES TROUBLES PSYCHIQUES DES ADOLESCENTS EN GRANDE DIFFICULTE DU TARN ET GARONNE .....	93
2. MESSIDOR, UNE ASSOCIATION DONT L’OBJECTIF EST L’INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES .....	96
3. MISE EN OEUVRE D’UN PROTOCOLE D’AFFECTATION PAR LA DRH DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES POUR UN AGENT AYANT UN HANDICAP PSYCHIQUE .....	97
4. TEMOIGNAGE D’UN MEDECIN PSYCHIATRE, PSYCHIATRE EVALUATEUR A LA MDPH DE LA SEINE SAINT DENIS.....	98

# Annexe 1 : La palette des réponses dans la prise en charge des personnes adultes handicapées psychiques

Légendes et abréviations cf. p. 17

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
Sanitaire	<b>CMP</b> <b>Centre Médico-Psychologique</b>	Etre le premier interlocuteur de la personne. Unité de coordination et d'accueil organisant des actions de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires, interventions à domicile,... Il est articulé avec l'hôpital	Soins	H M	Hôpital, médecin traitant, libre choix du patient,	Public Rattaché à l'hôpital	ARS	AM	Décret n°63-146 du 18 février 1963 (annexe XXXII) ; Circulaire n°35bis SS du 16 avril 1964 Arrêté du 14 Mars 1986 relatifs aux équipements de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement Loi 58-1468 31-12-85
Sanitaire	<b>PASS-PSY</b> Permanence d'accès à la santé et aux soins en psychiatrie.	Accompagner les personnes en situation de précarité pour l'accès au système de santé et aux droits et éventuellement organiser la prise en charge des consultations. Accueil, accompagnement, orientation dans le domaine du soin	Soins	H M	Adossée à des consultations de médecine de 1er recours, hors urgence	Permanences hospitalières médico-sociales d'accès aux soins de santé d'un EPS ou EPPSPS	ARS	AM	L. 6112-6 CSP
Sanitaire	<b>URGENCES PSYCHIATRIQUES</b>	Répondre à la demande qui ne peut être différée soit dans : - Le service d'accueil et d'urgence (SAU) dans les hôpitaux généraux - Les centres d'accueil permanent (AP) médico-psychologique habilité à reproduire en urgence psychiatrique	Soins	H M	Médecin traitant, libre choix du patient, HO, HDT	Rattaché à l'hôpital	ARS	AM	

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientalion	Statut	Autorisation	Financement	Références
Sanitaire	<b>HOSPITALISATION</b>	Mettre à disposition des services et équipements de prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale. Soit à temps plein soit de jour, soit de nuit soit séquentielle (à temps partiel)	Soins + Hébergement	H M	Médecin traitant, libre choix du patient, HO, HDT	Public/ Privé	ARS	AM	L. 3211-1 à 3211-13 ; L.3212-1 à 3212-12 ; L.3213-1 à 3213-10 ; L.3221-1 à L.3221-6, R.3221-1 à R.3221-6 CSP
Sanitaire	<b>HOSPITALISATION A DOMICILE</b>	Proposer une alternative à l'hospitalisation à temps plein avec une prise en charge thérapeutique associées, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien.	Soins	H M	Psychiatre			AM	
Sanitaire	<b>ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE</b>	Proposer une alternative à l'hospitalisation à domicile avec soins quotidiens dès lors que le retour dans la famille n'est pas possible ou souhaitable L'hôpital est employeur de la famille. Placements intermittents temporaires ou permanents. Personnes souffrant de troubles mentaux susceptibles de tirer bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable (restauration des capacités relationnelles et d'autonomie).	Soins + Hébergement	H M	Psychiatre	Convention avec l'hôpital		AM	Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 Arrêté du 1 <sup>er</sup> octobre 1990 Note d'orientation DH/JB n°91-72 du 27 décembre 1991
Sanitaire	<b>APPARTEMENT THERAPEUTIQUE</b>	Proposer une alternative à l'hospitalisation. Favoriser la réadaptation du malade et faciliter sa réinsertion : Unités de soins à temps complets dépendant du secteur psychiatrique pour une durée limitée préparant une orientation en ESMS. Hébergement temporaire à visée thérapeutique, il peut être un palier avant la sortie du malade ou une transition vers une structure médico-sociale ou sociale	Soins + Hébergement	H M	Psychiatre	Hôpital locataire ou conventionnement avec association		AM	Arrêté du 14 mars 1986 Arrêté du 11 février 1991

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientalion	Statut	Autorisation	Financement	Références
Sanitaire	<b>CENTRE OU FOYER POST-CURE</b>	Favoriser la réinsertion sociale et retour à l'autonomie en proposant des activités ouvertes sur la cité : Unités de moyen séjour (le plus souvent sont à temps plein) destinés à assurer après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs	Soins + Hébergement + Accompagnement	H M NM	Médecins Psychiatre	Adossé à l'EPS		AM	Décret 80-284 du 17 Avril 1980 relatif au classement des établissements. Circulaire 14.3.1990
Sanitaire	<b>CATIP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel</b>	Maintenir ou favoriser l'autonomie par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe. Travail sur la relation à autrui, gestes usuels (musique, peinture, expression corporelle, théâtre,...)	Soins + Accompagnement	H NM	CMP	Public Hôpital	ARS	AM	Arrêté du 14 mars 1986
Médico-social	<b>LITS HALTE SOINS SANTE</b>	Assurer un hébergement et une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile dont la pathologie ou l'état général somatique et/ou psychique ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée (personnes handicapées, personnes âgées). Structure temporaire <2 mois et de < 30 lits soins médicaux et paramédicaux, suivi thérapeutique, accompagnement social, prestations d'animation et d'éducation sanitaire non dédiée à une pathologie donnée.	Soins + Hébergement + Accompagnement	H M NM	Demande de l'intéressé	Public Privé	ARS suite à appel à projet national	AM	<b>C</b> : L.312-1-9° CASF <b>T</b> : L.314-3-3 <b>RT</b> : D.312-176-4 CASF issus du décret du 17 mai 2006 Circulaire DGS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006.
Médico-social	<b>ACT Appartement de coordination thérapeutique</b>	Héberger à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical de manière à assurer la coordination des soins, l'aide à l'observance thérapeutique, l'ouverture des droits sociaux, un soutien psychologique, une aide à l'insertion sociale.	Soins + Hébergement + Accompagnement	H M NM	Demande de l'intéressé		ARS	AM (95 %)	<b>C</b> : L. 312-1-9° CASF <b>T</b> : L. 314-3-3 <b>RT</b> : D. 312-154 et D.312 -155 CASF issus du décret n°2002-1227 du 3 octobre 2002. Circulaire DDGS/DGAS/SS/2002/551 du 30 octobre 2002.

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
Médoco-social	<b>MAS</b> <b>Maison d'Accueil Spécialisée</b>	Recevoir des personnes adultes qu'un handicap grave ou une association de handicaps rendent incapables de se suffire à elles mêmes dans les actes essentiels de la vie et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants	Soins + Hébergement + Accompannement	H M NM	CDAPH	Association	ARS	A M : PJ (ou DG si CPOM)	<b>C</b> : L. 312-1-I-7° CASF et R..344-1 et 2 <b>A</b> : L. 344-1 ss CASF <b>RT</b> : D.. 344-5-1 à R.344-5-16 et ss.CASF + D.344-5-1 à D. 344 - 5 -16
Médoco-social	<b>FAM</b> <b>Foyer d'Accueil médicalisé</b>	Recevoir des personnes inaptes à toute activité professionnelle et ayant besoin d'une assistance pour la plupart des actes essentiels de la vie courante, ainsi que d'une médicalisation sans toutefois justifier une prise en charge complète par l'assurance maladie	Soins + Hébergement + Accompannement	H M NM	CDAPH	Association	ARS + PCG	A M : forfait soins + Usager (ou CG aide sociale à l'hébergement) : tarif hébergement et accompagnement à la vie sociale.	<b>C</b> : L. 312-1-I-7° CASF <b>RT</b> : D.344-5-1 à R. 344-5-16 et ss.CASF + D. 344-5-1 à D. 344 - 5 -16
Médoco-social	<b>FOYER DE VIE OU OCCUPATIONNEL</b>	Accueillir des personnes adultes dont le handicap ne leur permet plus d'exercer une activité professionnelle, y compris en milieu protégé, mais ont une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour se livrer à des activités quotidiennes et participer à une animation sociale	Hébergement + Accompannement	H NM	CDAPH	Association	PCG	Usager + CG (aide sociale à l'hébergement)	<b>C</b> : L. 312-1-I-7° CASF <b>A</b> : L. 313-1 ss CASF <b>T</b> : L. 314-1 ss CASF
Médoco-social	<b>FOYER HEBERGEMENT POUR TH</b>	Recevoir toute personne handicapée adulte travaillant en milieu ordinaire, en ESAT, entreprise adaptée ou accueillie en SAJ. Structure non médicalisée	Hébergement + Accompannement	H NM	CDAPH	Association	PCG	Usager + CG (aide sociale à l'hébergement)	<b>C</b> : L.312-1-I-7° CASF <b>A</b> : L. 313-1 ss CASF <b>T</b> : L. 314-1 ss CASF

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente- tion	Statut	Autori- sation	Finance- ment	Références
Médoco-social	<b>SAVS</b> <b>Services d'Accompagne- ment à la Vie Sociale</b>	Prendre en charge des adultes handicapés nécessitant - une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence - un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Il s'agit de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes et leurs liens sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels.	Accompagne- ment	H NM	CDAPH	Association	PCG	CG - Prix de Journée	<b>C</b> : L. 312-1-I -7 <b>A</b> : L. 313-1 ss <b>RT</b> : D. 312 - 162 à 165 CASF
Médoco-social	<b>SAMSAH</b> <b>Services d'Accompagne- ment Médico-social pour Adultes Handicapés</b>	Prendre en charge des personnes dont l'état nécessite, en plus des interventions mentionnées pour les SAVS : - des soins réguliers et coordonnés - un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert	Soins + Accompagne- ment- activité de jour	H M NM	CDAPH	Association	ARS + PCG	CG (Tarif journalier) + A.M (Forfait soins)	<b>C</b> : L. 312-1-I -7 ° <b>A</b> : L. 313-1 ss <b>RT</b> : D. 312 - 166 à 169 CASF + D. 344-5-1 à D. 344 - 5-16
Médoco-social	<b>SSIAD</b> <b>Services de Soins Infirmiers à Domicile</b>	Assurer des prestations de soins infirmiers (soins de base ou techniques et relationnels) auprès de personnes adultes handicapées < 60 ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques. Le SSIAD intervient à domicile ou dans des établissements non médicalisés	Soins	H M	Prescripti- on médicale puis décision du gestion- naire	Privé	ARS	AM – 100 %	L. 312-1-I- 7° et D. 312-1 à 312-5 CASF
Médoco-social	<b>SAAD</b> <b>Service d'Aide et d'Accompagne- ment à Domicile</b>	Intervenir auprès de personnes handicapées avec des prestations de services ménagers ou d'aide pour les activités de la vie quotidienne, concourant ainsi au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie et d'activités sociales	Accompagne- ment- activité de jour	H NM	Décision du Gestionnaire + CDAPH si PCH	Association	PCG	Usager ou PCH	<b>C</b> : L. 312-1-I- 7° CASF et L. 129-1 C.du Travail <b>RT</b> : D. 312-6 CASF

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
México-social	<b>SPASAD</b>  <b>Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile</b>	Assurer à la fois les missions d'un SSIAD et d'un SAAD	Soins + Accompagnement- activité de jour	H M NM	Décision du Gestionnaire + CDAPH si PCH + Prescription médicale	Association	ARS + PCG	AM (pour les soins) + règles applicables aux SAAD.	<b>C</b> : L. 312-1-I-7° CASF <b>RT</b> : D. 312-7 CASF
México-social	<b>ESAT</b>  <b>Etablissement et service d'aide par le travail</b>	Offrir des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social. Accueillir des personnes handicapées dont la CDAPH a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, ni de travailler en entreprise ordinaire ou en entreprise adaptée, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante	Emploi	H NM	CDAPH	Association	ARS	Activité sociale : Etat - Dotation Globale (tarif plafond enveloppe fermée) + participation des usagers aux repas et transports Activité commerciale : dépenses et recettes liées à la production et à la commercialisation	<b>C</b> : L. 312-1-I-5°a et L. 344-2 CASF et ss. <b>A</b> : L. 313-1 ss CASF <b>T</b> : R. 314-105-V CASF
México-social	<b>CRP - CPO</b> <b>Centre de Rééducation Professionnelle</b> <b>Centre de Pré-Orientat ion professionnelle</b>	Assurer des formations de pré orientation ou qualifiantes pour l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en alliant un suivi médical, psychologique et social de la personne. Faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs handicapés. Les formations qui y sont dispensées débouchent sur des diplômes homologués par l'État	Formation	NM	CDAPH	Association	Agrément du Préfet de Région après avis de l'AM et du Conseil régional	AM pour les frais de formation professionnelle + l'usager et/ou l'Aide sociale de l'Etat pour les frais d'hébergement et d'entretien. PJ fixé par l'ARS	<b>C</b> : L. 312-1-I-5°b et L. 344-3 CASF et ss. <b>A</b> : R. 5213 - 28 C. du travail <b>T</b> : R. 314-105-VI CASF

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientalion	Statut	Autorisation	Financement	Références
Social	<b>RESIDENCES SOCIALES CLASSIQUES</b>	<p>Aider à l'insertion vers un logement autonome</p> <p>Offrir des solutions de logement adapté collectif temporaire meublé à des ménages rencontrant des difficultés dans l'accès au logement ordinaire pour des raisons de mobilité, de difficultés économiques ou sociales.</p> <p>Durée d'un mois renouvelable.</p> <p>Les personnes ont le statut de résident, mais ils acquittent chaque mois une redevance comportant un équivalent de loyer, de charges locatives et de rémunération pour les prestations fournies.</p> <p>L'article 2 de la convention APL définit les personnes à accueillir, personnes et familles en difficultés, travailleurs migrants, jeunes travailleurs, ménages ayant besoin d'un habitat provisoire ou d'un logement meublé</p>	Hébergement temporaire + Accompagnement social	Ma	SIAO et structures associées	Association	Etat (Préfet)	Etat Co-financement possible	<p>L. 633-1 CCH, R. 351-55, R. 353-165 et s CCH</p> <p>Décrets du 23 décembre 1994.</p> <p>Circulaire n° 96-753 du 17 décembre 1996</p> <p>DGAS/PIA/200-452 du 31 août 2000</p> <p>Circulaire n°2006-45 du 4 juillet 2006 relatives aux résidences sociales</p>

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
Social	<b>MAISON RELAIS – RESIDENCE ACCUEIL</b>	Accueillir, sans limitation de durée, des personnes en situation d'isolement ou d'exclusion lourde fragilisées dont l'accès à un logement autonome apparaît à court terme difficile sans pour autant relever d'un CHRS. Les résidences d'accueil sont des maisons relais dédiées aux personnes handicapées par des troubles psychiques dont leur état leur permet de bénéficier des règles de la vie semi-collective. Structure de taille réduite avec plusieurs modules regroupant des appartements autour d'un espace commun et présence quotidienne d'un hôte de la maison Articulation autour de trois volets : -logement assorti de la présence d'un hôte ; - accompagnement à la vie sociale (SAVS, SAMSAH) ; -service de santé dont les services de psychiatrie. Logement adapté	Logement (durable) + Accompa gnement social + Soins	M Ma H	Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), intéressé,	Association	Etat (Préfet)	Etat	L. 633-1 CCH, R. 351-55, R 353-165 et s. CCH Circulaire DGAS/SDA/20 02/595 du 10 décembre 2002 Circulaire 2006-13 UHC/IUH2 du 1 <sup>er</sup> mars 2006. Noté d'information et cahier des charges DGAS/PIA/PH AN/2006/523 du 16 novembre 2006
Social	<b>CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale</b>	Aider les personnes à l'accession et au recouvrement de leur autonomie personnelle et sociale. Hébergement temporaire <6mois renouvelables accueil, hébergement, action socio-éducative et aide à l'insertion de personnes et familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion	Hébergement temporaire	Ma	dispositif de veille sociale		Etat (Préfet)	Etat Co-finance ment possible	L. 313-1 à 313-8 L. 345-1 à 345-7 CASF Décret 2003-1135 du 26 novembre 2003 Loi 2002-2 du 2.01.02

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
Social	<b>ACCUEIL FAMILIAL SOCIAL</b>	Permettre l'accueil, par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes handicapées adultes ne désirant plus ou ne pouvant plus demeurer à leur domicile du fait de leur perte d'autonomie ou de leur handicap. Sont exclues les personnes relevant d'une prise en charge par des établissements ou services recevant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants	Hébergement	H Ma	Demande de l'intéressé		PCG		Note d'information DGAS/2C/2005/283 du 15 juin 2005 relatif à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, et à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées ;
Social	<b>FAMILLES GOUVERNANTES</b>	Permettre l'accès à un logement des personnes handicapées qui sont colocataires de l'appartement et co-employeurs d'une auxiliaire de vie qui réside dans un appartement mitoyen. La gouvernante assure l'accompagnement dans le logement, le suivi des soins, la restauration, l'hygiène, les loisirs et vacances. Personnes incapables de vivre seuls mais ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière mais sont des majeurs placés sous un régime de protection juridique - UDAF. Soins assurés par professionnels du secteur (libéraux ou service de psychiatrie)	Logement	Ma	Demande de l'intéressé	Association		L'intéressé ou ACTP	

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
Social	<b>APPARTE MENTS ASSO CIATIFS</b>	Permettre l'accès à un logement ordinaire à des personnes autonomes Appartement gérés par une association soit en location directe si l'association est propriétaire, soit en sous-location ; possibilité de baux glissants	Logement	Ma		Association (quelque fois à l'initiative des secteurs)	Garantie des communes auprès des bails publics ou privés au bénéfice des associations agréées	L'intéressé	
Social	<b>GESTION LOCATIVE ADAPTEE AVEC INTERMEDIA TION LOCATIVE</b>	Favoriser l'accès et le maintien des personnes les plus démunies dans un logement de droit commun du parc locatif public ou privé en apportant une sécurité et des garanties au propriétaire bailleur. Une association joue le rôle de tiers entre le bailleur et l'occupant pour assurer le paiement des loyers et sécuriser la relation entre les deux parties	Logement + Accompagne ment social	Ma	SIAO et structures associées			L'intéressé	L. 442-8-1; L. 321-10 ; L. 365-4 CCH R. 365-1 CCH
	<b>ENTREPRISE ADAPTEE</b>	Favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire. Les entreprises adaptées et centres de distribution de travail à domicile font partie du marché du travail. Leur mission sociale est d'employer des personnes handicapées à efficience réduite, en difficultés au regard de l'accès à l'emploi est maintenue. Le statut du travailleur handicapé qui y est employé est celui d'un salarié de droit commun à part entière (rémunération, à la charge de l'employeur, au moins égale à 100 % du SMIC). Les entreprises adaptées bénéficient de deux aides de l'Etat et peuvent être créés par les collectivités ou organismes publics ou privés et notamment par des sociétés commerciales	Emploi		CDAPH (orientation marché du travail)	Public/privé	Contrat d'objectif entre l'Etat et l'EA valant agrément	Aide de l'Etat + Activité Commerciale	L. 323-31 Code du travail Décrets n°2006-150 et 152 du 13 février 2006 ; Circulaire DGEFP n°2006/08 du 7 mars 2006 relative aux entreprises adaptées et centres de distribution de travail à domicile

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Oriente tion	Statut	Autori sation	Finance ment	Références
	<b>GEM Groupe d'entraide mutuelle</b>	Favoriser le lien social et éviter l'isolement. Le GEM est une structure de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société introduits par la loi du 11 février 2005. Le GEM, défini comme un collectif de personnes animées d'un même projet d'entraide, doit s'efforcer d'être une passerelle permettant aux personnes qui le fréquentent de retrouver une vie sociale satisfaisante et, le cas échéant, de recourir à des soins et un accompagnement adapté. Organisés sous forme d'association d'usagers (type loi 1901), ils ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L. 312-1 du CASF	Accompagnement		L'intéressé	Association	ARS	CNSA	L. 114-1-1 ; L. 114-3 ; L. 14-10-5 du CASF Arrêté du 13 juillet 2011 fixant le cahier des charges des GEM
<i>Légende et abréviations</i>									
Légende	Sanitaire : Présentation limitée à la psychiatrie publique et hors structures implantées en milieu pénitentiaire	Détail	Soins Education Hébergement (temporaire ou durable) Logement Emploi Accompagnement social en milieu ordinaire	Humain (H) médical (M)/non médical (NM) Matérielle (Ma) Droits (D) Espèces (E)	Médecin ; CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation	Public /privé Administration (EPS/Ecole) Association Entreprise	ARS : Agence régionale de santé ; PCG : Président conseil général ; Etat	AM : Assurance Maladie Etat CG Conseil général Etat PJ : prix de journée DG : dotation globale si CPOM	Art CSP ou CASF C : Classification A : Autorisation T : Tarification RT : Règlement technique

Source : *Tableau de présentation des établissements médico-sociaux-annexe du guide d'élaboration des SROMS version 2.201- DGCS-CNSA ; Code santé publique ; Guide « Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques »-FNARS-Décembre 2010 ; Lettre Pluriels de la mission nationale d'appui en santé mentale n°65- Février 2007 ; Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté – DGAS/DGALN-DHUP – réédition novembre 2008.*



## Annexe 1 bis : La palette des réponses dans la prise en charge des enfants-adolescents handicapés psychiques

Légendes et abréviations *cf.* p. 26

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Sanitaire	<b>CMP Centre Médico-Psychologique</b>	Etre le premier interlocuteur de la personne. Unité de coordination et d'accueil organisant des actions de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires, interventions à domicile, ... Il est articulé avec l'hôpital	Soins	H M	Hôpital, médecin traitant, libre choix du patient,	Public Rattaché à l'hôpital	ARS	AM	Décret n°63-146 du 18 février 1963 (annexe XXXII) ; Circulaire n°35bis SS du 16 avril 1964 Arrêté du 14 mars 1986 relatifs aux équipements de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement Loi 58-1468 31-12-85
Sanitaire	<b>HOSPITALISATION</b>	Mettre à disposition des services et équipements de prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale. Soit à temps plein soit de jour, soit de nuit soit séquentielle (à temps partiel)	Soins Hébergement + Education si unités d'enseignement	H M	Médecin traitant, libre choix du patient, HO, HDT	Public/ Privé	ARS	AM + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement	L. 3211-1 à 3211-13 ; L. 3212-1 à 3212-12 ; L. 3213-1 à 3213-10 ; L. 3221-1 à L. 3221-6, R. 3221-1 à R. 3221-6 CSP
Sanitaire	<b>HOSPITALISATION A DOMICILE</b>	Proposer une alternative à l'hospitalisation à temps plein avec une prise en charge thérapeutique associées, s'il y a lieu, à des prestations d'entretien	Soins	H-M	Psychiatre			AM	

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Sanitaire	<b>ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE</b>	Proposer une alternative à l'hospitalisation à domicile avec soins quotidiens dès lors que le retour dans la famille n'est pas possible ou souhaitable. L'hôpital est employeur de la famille. Placement intermittents temporaires ou permanents. Personnes souffrant de troubles mentaux susceptibles de tirer bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial substitutif stable (restauration des capacités relationnelles et d'autonomie)	Soins Hébergement	HM	Psychiatre		Directeur de l'établissement hospitalier + PCG (si agrément d'assistante maternelle)	AM	Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 Arrêté du 1 <sup>er</sup> octobre 1990 Note d'orientation DH/JB n°91-72 du 27 décembre 1991
Sanitaire	<b>CATTP</b> <b>Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel</b>	Maintenir ou favoriser l'autonomie par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe. Travail sur la relation à autrui, gestes usuels (musique, peinture, expression corporelle, théâtre,...)	Soins + Accompagnement – activité de jour	HM	CMP	Public hôpital	ARS	AM	Arrêté du 14 mars 1986
Médico-social	<b>CAMSP</b> <b>Centre d'Action Médico-sociale Précoce</b>	Assurer le dépistage précoce et traitement en cure ambulatoire des enfants < 6 ans présentant un risque de handicap ou atteints d'un handicap, sensoriel ou moteur en vue de prévenir ou réduire l'aggravation du handicap : action de conseil et soutien de la famille, liaison avec crèches et maternelles, rééducation précoce	Dépistage Soins	H M	Accès libre avec accord du gestionnaire	Association	PCG + ARS	A.M : 80 % CG : 20 % Prix séance globalisé en Dotation Globale	C:L.2132 -4 CSP et L.312-1-I-3°CASF A:L.313-1 ss CASF T: L.314-1 ss CASF et L.2112-8 CSP RT: décret 76-389 du 15.4.1976

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Médico-social	<b>CMPP</b>  <b>Centre Médico-Psychopédagogique</b>	Assurer le diagnostic et le traitement en cure ambulatoire des enfants et jeunes de 3 à 18 ans atteints de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement	Soins	H M	Accès libre avec accord du gestionnaire	Association	ARS	AM : 100 % Forfait séance, facturation à l'acte	<b>C</b> : L. 312-1- I-2° CASF <b>RT</b> : décret 63-146 du 18.2.1963
Médico-social	<b>Centre de Ressources</b> ou Centre d'information et de coordination, ou Centre prestataire de services de proximité	Assurer des actions de dépistage, aide, information et formation, expertise et coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements ou services	Dépistage	H NM	Accès libre avec accord du gestionnaire	Association	ARS	ARS AM : 100 % - Dotations Globales	<b>C</b> : L. 312-1- I-11° CASF
Médico-social	<b>IME</b>  <b>Institut Médico-Educatif</b>	Assurer, conformément à leur Plan personnalisé de compensation (PPC), comprenant le Projet personnalisé de Scolarisation (PPS) des soins et une éducation spéciale aux enfants et adolescents, atteints de déficience à prédominance intellectuelle, pouvant s'accompagner de troubles moteurs, sensoriels ou de comportement.	Soins Education Hébergement	H M NM	CDAPH	Association	ARS	AM : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	<b>C</b> : L.312-1- I-2° CASF <b>A</b> : L.313-1 ss CASF <b>T</b> : L.314-1 ss CASF <b>RT</b> : D.312-11 à D.312-59 et ss.
Médico-social	<b>ITEP</b>  <b>Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique</b>	Prendre en charge des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés psychologiques et des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et l'accès aux apprentissages, malgré des potentialités intellectuelles préservées. Il s'agit de favoriser le retour à un dispositif éducatif ordinaire ou adapté.	Soins Education Hébergement	H M NM	CDAPH	Association	ARS	AM : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement.	<b>C</b> : L.312-1- I-2° CASF <b>A</b> : L. 313-1 ss CASF <b>T</b> : L. 314-1 ss CASF <b>RT</b> : D.312-59-1 à D.312-59-18

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Médoco-social	<b>SESSAD</b> <b>Service d'Education Spécialisée ou de Soins à Domicile</b>	Apporter aux jeunes de 0 à 20 ans et aux familles un accompagnement, un soutien éducatif, pédagogique et thérapeutique individualisés, dans le cadre d'une intégration scolaire ou dans tout lieu de vie : domicile, crèche, centre de loisirs,... Autonome ou rattaché à un établissement d'éducation spéciale, le SESSAD peut être spécialisé pour déficiences intellectuelles, motrices ou troubles du comportement, pour déficients auditifs et visuels	Soins + Accompagnement + Education	H M NM	CDAPH	Association	ARS	AM : 100 % - PJ ou DG (si CPOM) + Financement par l'éducation nationale s'il y a lieu des enseignants exerçant dans l'unité d'enseignement	<b>C</b> : L. 312-1-I-2° CASF <b>A</b> : L. 313-1 ss CASF <b>T</b> : L. 314-1 ss CASF <b>RT</b> : D. 312-55 à 59, D. 312-75 à 79, D. 312-95 à 97, D. 312-105 à 107, D. 312-117 à 119
Médoco-social	<b>C. A. F.S.</b> <b>Centre d'Accueil Familial Spécialisé</b>	Mettre à disposition des enfants ou adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage. Le CAFS ne peut être créé et géré que par un IME, un CMPP ou CAMSP, et n'accueille que les enfants qui y sont suivis effectivement. Le CAFS ne constitue que l'une des modalités d'hébergement des enfants et adolescents accompagnés par l'établissement	Hébergement	H NM	CDAPH pour l'établissement de rattachement		ARS (dans le cadre du budget de l'établissement de rattachement) - PJ ou DG selon l'établissement de rattachement) + PCG (si agrément pour accueil moins de 21 ans)	AM : 100 % mais CG si enfant ASE	D. 312-41 et ss. CASF et R. 421 -1 à 13 pour l'agrément des familles d'accueil

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Education	<b>CLIS</b> <b>Classes pour l'inclusion scolaire</b>	Permettre la scolarisation des élèves, par un dispositif collectif, dans une école primaire Différents types existent en fonction de la situation de handicap (mental ou cognitif, visuel, auditif, moteur). L'effectif y est limité à 12 élèves. Les élèves bénéficient d'une pédagogie adaptée à leurs besoins spécifiques. Ils reçoivent un enseignement adapté de la part de l'enseignant spécialisé de la CLIS mais fréquentent également une classe ordinaire en fonction du projet personnalisé de scolarisation (PPS)	Education	H	CDAPH Directeur de l'école pour l'admission	Public/ privé	Etat (Recteur)	Etat	L. 112-2 et D. 351-3 à D. 351-20 Code de l'éducation ;  Circulaire MEN-DGESCO A1-1 et B2-2 n°2009-087 du 17-7-2009 relative à la scolarisation des élèves handicapés à l'école primaire ; actualisation de l'organisation des classes pour l'inclusion scolaire ;

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Education	<b>ULIS</b> <b>Unités localisées pour l'inclusion scolaire</b>	Permettre la scolarisation des élèves, par un dispositif collectif de scolarisation dans un établissement du second. Six types d'ULIS existent en fonction de la situation de handicap dont un consacré aux troubles des fonctions mentales ou cognitives. L'effectif préconisé est de 10 élèves. Les élèves ont vocation à suivre les cours en classe ordinaire correspondant au niveau de scolarité mentionné dans le projet personnalisé de scolarisation (PPS). Ils bénéficient d'une pédagogie adaptée à leurs besoins spécifiques mis en œuvre par le coordonnateur de l'ULIS qui est un enseignant spécialisé	Education	H	CDAPH Directeur de l'établissement pour l'inscription	Public/ privé	Etat (Recteur)	Etat	L. 112-2 et D 351-3 à D.351-20 Code de l'éducation ;  Circulaire MEN-DGESCO B2-2 n° 2010-088 du 18-6-2010 : dispositif collectif au sein d'un établissement du second degré
Education	<b>Scolarisation en classe ordinaire</b>	Scolariser selon le droit commun avec possibilité d'accompagnement par des auxiliaires de vie scolaire (AVS)	Education	H	CDAPH, uniquement si décision d'accompagnement par un AVS	Public/ privé	Etat (Recteur)	Etat	L. 112-2 et D 351-3 à D. 351-20 Code de l'éducation ;

Secteur	Structures ou services	Missions - Rôle	Champs de la prestation	Nature	Orientation	Statut	Autorisation	Financement	Références
Education	<b>Scolarisation en SEGPA</b> <b>section d'enseignement général et professionnel adapté</b>	Permettre la scolarisation adaptée dans des structures spécialisées intégrées dans des collèges ordinaires des enfants présentant des « difficultés d'apprentissages graves et durables auxquelles n'ont pu remédier des actions de prévention, d'aide et de soutien et d'allongement de cycle ». Elles bénéficient d'un taux d'encadrement très supérieur, les enseignants responsables sont spécialisés	Education	H	Inspecteur d'académie, directeur départemental après avis d'une commission départementale d'orientation	Public/privé	Etat (Recteur)	Etat	L. 122-161 ; L. 332-1 ; L. 332-6 ; D.332-7 Code de l'éducation ; Circulaire MEN-DGESCO A1-2 n°2006-139 du 29 août 2006 sur les enseignements généraux et professionnels adaptés dans le second degré (EGPA) ; Circulaire MEN-DGESCO A1-2 Orientation pédagogique pour l'enseignement général et professionnel adapté dans le second degré
Education	<b>RASED Réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficultés</b>	Apporter, au cours de la scolarisation en classe ordinaire à l'école primaire une aide spécialisée. Intervient quand l'aide personnalisée se révèle insuffisante ou inadaptée « pour certains élèves, soit parce ceux-ci présentent des difficultés marquées exigeant une analyse approfondie et un accompagnement spécifique, soit parce qu'ils manifestent des besoins particuliers en relation avec une déficience sensorielle ou motrice ou des atteintes perturbant leur fonctionnement cognitif et psychique ou leur comportement ». Les enseignants spécialisés viennent renforcer les équipes pédagogiques	Education	H	L'équipe éducative sous la responsabilité de l'IEN	Public/privé	Etat (Recteur)	Etat	Circulaire MEN-DGESCO A1-1 n°2009-088 du 17-7-2009 Fonctions des personnels spécialisés des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) dans le traitement de la difficulté scolaire à l'école primaire

*Légendes et abréviations*

	Sanitaire : Présentation limitée à la psychiatrie publique et hors structures implantées en milieu pénitentiaire	Détail	Soins Education Hébergement (temporaire ou durable) Logement Emploi Accompagnement social en milieu ordinaire	Humain (H) médical (M)/non médical (NM) Matérielle (M) Droits (D) Espèces (E)	Médecin ; CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	Public/ privé Administration (EPS/Ecole) Association Entreprise	ARS : Agence régionale de santé PCG : Président conseil général Etat	AM : Assurance Maladie Etat CG Conseil général Etat	Art CSP ou CASF C : Classification A : Autorisation T : Tarification RT : Règlement technique
--	---	--------	--	---	---	---	--	--	--

*Source : Tableau de présentation des établissements médico-sociaux-annexe guide d'élaboration des SROMS version 2.201-DGCS-CNSA ; Code santé publique ; Code de l'éducation*

## Annexe 2 : Monographie du département des Yvelines

### 1. PRESENTATION GENERALE REGION ILE-DE-FRANCE/DEPARTEMENT DES YVELINES

- [1] L'Ile-de-France compte environ 11,6 millions d'habitants avec un habitant sur quatre de moins de 20 ans et un sur six de plus de 60 ans. L'Ile de France fait partie des régions où les femmes ont le plus d'enfants, l'indice conjoncturel de fécondité variant au sein de la région (en 2006 de 1,65 à Paris à 2,38 en Seine St Denis et pour 2,11 dans les Yvelines). C'est la première région économique de France Le revenu disponible par habitant y est supérieur à celui des autres régions mais avec des inégalités de niveau de vie prononcées. Le taux de chômage est également très variable au sein de la région.
- [2] La situation sanitaire y est plus favorable que la moyenne nationale avec de forts écarts, notamment en inégalités sociales d'espérance de vie, entre les divers territoires. Environ 11 % des habitants habitent en zones urbaines sensibles pour une moyenne en France métropolitaine de 6,8 %. En 2009 la densité en médecins généralistes est un peu en dessous de la moyenne nationale mais la part des professionnels de santé (omnipraticiens, spécialistes) pouvant pratiquer des dépassements y est très supérieure. L'offre hospitalière est en dessous de la moyenne nationale en médecine, chirurgie, obstétrique, en psychiatrie, en soins de suite et de réadaptation mais au dessus pour l'hospitalisation à domicile. La densité de psychiatres tous statuts d'exercice confondus pour 100 000 habitants est de 26 pour les Yvelines (France entière 22).
- [3] Le profil socio-sanitaire des Yvelines (source : observatoire régional de santé ORS d'Ile-de-France) se caractérise par une population de 1,395 millions d'habitants, un revenu fiscal médian par unité de consommation en 2007 supérieur à la moyenne régionale, un chômage parmi les actifs en 2010 à 6,8 % pour une moyenne régionale de 8,4 %, un pourcentage de bénéficiaires couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2009 de 3,3 % pour 5,9 % dans la région. La comparaison des taux de mortalité dans les Yvelines et en France fait apparaître une situation globalement très favorable dans de département, en particulier pour les hommes.

### 2. OFFRE DE SERVICE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE

#### 2.1. *Pour les enfants et adolescents*

##### 2.1.1. Cartographie de la santé mentale

- [4] Equipements en psychiatrie infanto-juvénile :
- [5] Nombre de lits et places pour 100 000 habitants de moins de 17 ans (Yvelines = 12,9 % des 0 à 16 ans inclus) : Yvelines 116 et Ile-de-France 67 (nombre de lits ou places en hospitalisation temps plein Yvelines 135 et Ile-de-France 381 ; en hôpital de jour Yvelines 237 et Ile-de-France 1 233).
- [6] Nombre de CATTP : Yvelines 10 et Ile-de-France 50 ; nombre de CMP : Yvelines 13 et Ile-de-France 105.

### **2.1.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux**

- [7] Nombre de SESSAD : 161 en Ile de France avec 5 862 places (1,9 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans)
- [8] Nombre de CAMSP : 22 structures en Ile de France pour 5 437 patients en file active
- [9] Nombre de CMPP : 99 structures en Ile de France pour 36 930 patients en file active
- [10] Nombre d'établissements d'éducation spéciale : 176 en Ile de France avec 9 093 places (3 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans)
- [11] Nombre d'ITEP : 22 en Ile de France avec 1 090 places (0,4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans)

## **2.2. Pour les adultes**

### **2.2.1. Cartographie de la santé mentale**

- [12] Equipements en psychiatrie générale :
- [13] Nombre de lits et places pour 100 000 habitants de 17 ans et + (Yvelines = 11,83 % des 17 ans et + de la région) : Yvelines 87 et Ile-de-France 98 (nombre de lits ou places en hospitalisation temps plein Yvelines 711 et Ile-de-France 5859 ; en hôpital de jour Yvelines 184 et Ile-de-France 1878)
- [14] Nombre de CATTP : Yvelines 9 et Ile-de-France 84 ; nombre de CMP : Yvelines 34 et Ile-de-France 149.

### **2.2.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux**

- [15] Répartition régionale des foyers d'hébergement en Ile-de-France : 85 structures avec 1 953 places installées (1,1 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans).
- [16] Répartition régionale des foyers occupationnels/foyers de vie en Ile-de-France : 158 structures avec 4737 places installées (0,7 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans)
- [17] Répartition régionale des maisons d'accueil spécialisé en Ile-de-France : 59 structures avec 2 479 places installées (0,4 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans)
- [18] Répartition régionale des foyers d'accueil médicalisé en Ile-de-France : 50 structures avec 1 610 places installées (0,2 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans).

## **3. MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES**

### **3.1. Modalités d'organisation**

- [19] Dans le département des Yvelines la MDPH est constituée d'un siège localisé à Versailles et de 9 coordinations handicap locales (CHL) réparties pour chacune d'entre elles sur un des 9 territoires d'action sociale. Le siège assure le pilotage de la MDPH, le suivi d'activité au plan administratif (CDAPH, conventions, formation,...) ainsi que la supervision des CHL en termes de procédures et métiers. Il apporte également un niveau d'expertise pour les contentieux ou dossiers de conciliation. Les CHL sont sous la responsabilité d'associations ou d'établissements de santé gestionnaires conventionnées avec la MDPH. Les personnels sont au nombre de 150 ETP (y compris les 32 ETP d'enseignants référents dépendant de l'éducation nationale) dont 22,6 ETP au siège et 128 ETP en CHL.

- [20] Chaque CHL possède une équipe pluri disciplinaire locale (psychiatre, psychologue, travailleur social, médecin, ergothérapeute, coordinateur, secrétaire) qui se réunit en équipe pluri disciplinaire spécialisée enfance et équipe pluridisciplinaire adulte élargie respectivement aux partenaires de l'enfance (notamment les enseignants référents) et de l'adulte (notamment les opérateurs de l'emploi).
- [21] C'est l'équipe pluridisciplinaire spécialisée enfance qui traite du PPS, sachant qu'il n'existe pas d'équipe dédiée au handicap psychique. Dans les Yvelines le partenariat avec l'académie de Versailles est à l'origine d'une pleine participation des 32 enseignants référents de scolarisation à l'élaboration et au suivi du projet personnalisé de scolarisation (PPS) : ils sont considérés à ce titre par la MDPH comme de véritables membres de l'équipe pluridisciplinaire.
- [22] L'équipe pluridisciplinaire spécialisée adulte est composée de partenaires intervenant dans le champ de l'insertion professionnelle (Cap Emploi, Pôle Emploi, SAMETH, CRAMIF, représentants des CRP et de la CHL qui est, alors animée par le référent insertion professionnelle. Elle se réunit chaque mois dans chaque CHL (soit 9 demi journées par mois, 100 demi journées par an) et examine en moyenne 30 situations par demi-journée.
- [23] La MDPH des Yvelines est signataire de près de 50 conventions au service de l'activité et du partenariat dont des conventions avec chacun des deux réseaux de santé mentale.
- [24] La convention entre le réseau Yvelines Sud et la MDPH 78 a été signée autour de 3 objectifs :
- évaluer les besoins et contribuer à la reconnaissance des personnes présentant un handicap psychique à travers la participation à la définition d'un outil d'évaluation, mise à disposition de 0,5 ETP d'infirmière et 0,2 ETP de médecin psychiatre au profit de 4 CHL, la fourniture de tout avis sollicité par MDPH sur une prise en charge ;
  - améliorer la prise en compte des adultes handicapés par des actions d'hébergement (cf. supra), actions de formation-information en direction de la MDPH et du personnel des établissements (sensibilisation des équipes de secteur, accompagnement des pratiques des professionnels des ESMS pour la prise en charge des situations de crise et leur prévention ;
  - améliorer la prise en compte des troubles psychiatriques des personnes âgées.
- [25] Celle avec le réseau Yvelines Nord a pour objet de déterminer les modalités de coopération pour l'évaluation des besoins et la reconnaissance des droits des personnes handicapées adultes présentant un handicap psychique résidant ou médicalement suivies sur les territoires de santé relevant d'une partie des CHL. L'intervention des professionnels du réseau Yvelines Nord vise à aider à la mise en œuvre des décisions des CDAPH et « *se concrétise à travers des échanges formels et informels, en CMP, ou en CHL, en sus des vacations de médecin psychiatre de la MDPH* ». La MDPH peut également solliciter le Réseau pour des actions de sensibilisation et de formation.

### **3.2. Modalités de traitement des dossiers**

#### **3.2.1. Concernant les enfants et adolescents**

- [26] La MDPH des Yvelines a instruit 11 000 demandes concernant les enfants en 2010 (38 000 demandes concernant les adultes).
- [27] La « jurisprudence enfance » de la CDAPH des Yvelines en cas de demande d'AVSi est la suivante : attribution uniquement en classe ordinaire (y compris SEGPA), attribution en règle générale d'un temps de présence de l'AVSi inférieure au temps de scolarisation de l'enfant, durée d'attribution de 1 à 2 ans et exceptionnellement possibilité d'attribuer pour une période courte d'observation de 3 mois avec bilan à fournir en fin de période.

- [28] On peut remarquer que cette jurisprudence n'apporte des réponses que sur les seules caractéristiques d'attribution et aucune sur les critères fondant la décision d'attribution.
- [29] Il n'y a pas de liste tenue à jour des places disponibles présente au sein de la MDPH des Yvelines. Cette absence ne semble pas inquiéter au sein de la CDAPH dans la mesure où le dogme régnant en matière d'orientation est que les décisions d'orientation n'ont pas à prendre en compte l'offre disponible mais uniquement les besoins constatés.
- [30] Il faut cependant remarquer que pour les enfants dans cette MDPH la connaissance du manque de places, lorsqu'il existe, est à l'origine dans la décision d'orientation de proposition d'orientation alternative : le plus souvent en effet l'orientation faite par la CDAPH des Yvelines précise nommément le ou les établissements ou services vers lesquels le demandeur est orienté.
- [31] La MDPH des Yvelines a mis en place une enquête trimestrielle auprès des établissements pour connaître les places disponibles. Les informations obtenues au siège sont transmises aux différentes CHL. Cette enquête qui a le mérite de faire un point régulier sur le niveau d'occupation des établissements ne débouche cependant pas sur une véritable capacité d'orientation individuelle qui serait conférée à la MDPH, d'autant qu'il n'y a pas de retour d'information systématique sur les placements réellement effectués.
- [32] Selon la coordination handicap locale de St Germain (MDPH des Yvelines) l'évaluation de la PCH est délicate pour le handicap psychique chez les adultes en raison de difficultés d'estimer avec précision est à l'heure actuelle en expérimentation dans ce département, très utilisé pour évaluer la PCH : mais ce questionnaire n'existe que pour les seuls adultes.
- [33] La MDPH des Yvelines a communiqué à la mission un document intitulé « jurisprudence enfance CDAPH » dans lequel sont répertoriées les réponses de la CDAPH soit en compléments AEEH, soit en PCH selon le domaine (vacances, scolarité, transport, frais divers) et le type de demande : les réponses dans le domaine de la scolarité sont quasiment superposables, au modeste bénéfice des compléments AEEH.

### 3.2.2. Concernant les adultes

- [34] Pour les adultes, la MDPH a également établi une jurisprudence de ses décisions. Concernant plus spécifiquement le handicap psychique, compte tenu de la difficulté à apprécier les répercussions sur la vie quotidienne du handicap, la MDPH a testé un questionnaire conçu en 3 documents « triptyque de l'évaluation » adressé à l'équipe soignante, l'entourage et à la personne handicapée :
- *« Mon projet de vie, mes besoins, mes activités »* adressé au demandeur : Inspiré du document mis en place dans le Gard avec l'aide de l'UNAFAM, il porte sur les activités nécessitant un soutien, les aides apportées par l'entourage, les attentes ; une rubrique permet au demandeur de désigner un proche de confiance à qui la MDPH peut adresser le questionnaire ;
  - *« Questionnaire à destination de l'entourage »* destiné à mesurer le degré d'autonomie dans la vie quotidienne et les relations à l'environnement ; Il est adressé à la personne désignée par le demandeur et cosigné par celui-ci ;
  - *« Questionnaire adressé à l'équipe soignante »* portant une description des déficiences actuelles et du suivi médical, des capacités de travail et des retentissements de la symptomatologie dans la vie quotidienne. Il est inspiré des rubriques de GEVA.
- [35] Concernant l'insertion professionnelle, l'équipe pluridisciplinaire fait appel selon les situations, à diverses modalités d'appréciation de l'employabilité dans une logique d'accompagnement évaluatif :
- au service « Appui à projet » de l'AGEFIPH, permettant aux personnes handicapées de clarifier leur choix professionnels futurs, d'esquisser leur projet à l'aide de mise en situation pouvant aller jusqu'à quatre jours (391 prestations en 2010) ;

- au pôle d'évaluation COTRA : dispositif expérimental financé par le conseil général pour 2011 qui permet, sur orientation de la CDAPH et durant 6 mois, une évaluation des capacités socio professionnelles, de retour à l'emploi, de resocialisation pour orienter vers le milieu ordinaire ou spécifique ;
- à la pré-orientation spécialisée qui accueille, pour une période de 8 à 12 semaines, les travailleurs handicapés présentant des troubles psychopathologiques compatibles avec une réinsertion. Celle-ci n'est assurée que par deux centres en Ile de France sur 7 en France.

#### **4. THEMATIQUES RATTACHABLES A LA SANTE MENTALE ET AU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LES STRATEGIES DEPARTEMENTALE ET REGIONALE**

##### ***4.1. A travers le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale***

###### **4.1.1. En matière de scolarisation**

- [36] Dans le département des Yvelines une « forte progression de nombre d'enfants handicapés scolarisés » est notée dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale 2010-2015 avec un plus que doublement des effectifs entre la période 2004/2005 (1 486 enfants) et la période 2008/2009 (3 042 enfants). Cette progression est notamment attribuée à la meilleure articulation entre les SESSAD et les dispositifs de l'éducation nationale (CLIS, ULIS) avec signature de conventions entre les établissements médico-sociaux, le rectorat et le préfet.

###### **4.1.2. En matière de prévention infantile**

- [37] Le volet autonomie du schéma de 3<sup>ème</sup> génération d'organisation sociale et médico-social 2010-2015 du département des Yvelines inscrit comme l'un de ses objectifs spécifiques en faveur des enfants et adolescents handicapés de « développer la prise en charge précoce et la prise en charge des très jeunes enfants dans une région où la population présente des facteurs de risque importants » et prévoit pour cela d'augmenter le nombre de places en CAMSP bien que le département soit bien pourvu (3<sup>ème</sup> au niveau régional s'agissant des CAMP et SESSAD).
- [38] L'objectif dans ce même schéma de renforcer les liens entre les différents professionnels (secteur médico-social, secteur sanitaire) se traduit notamment concernant les CAMSP par l'inscription d'une action de développement de ces liens « avec les CAMSP avant l'entrée en école maternelle ». A noter que le développement de « la collaboration entre les CMPP et les collèges et lycées » est également prévu.
- [39] Le SDOMS des Yvelines prévoit un renforcement « des partenariats entre professionnels, notamment entre professionnels du médico-social et du sanitaire » : cette préoccupation rejoint le constat fait par le HCSP sur le « fonctionnement cloisonné de l'offre...entre sanitaire et médico-social ou social... ».

###### **4.1.3. En matière d'offre de places en établissements et services pour les enfants et adolescents**

- [40] Le schéma de 3<sup>ème</sup> génération d'organisation sociale et médico-social 2010-2015 du département des Yvelines dans son volet autonomie fait le constat pour les enfants handicapés d'un taux d'équipement proche de la moyenne régionale (taux de 7,01 pour mille avec 326 places créées depuis 2006) et d'« un manque de fluidité dans le passage d'un établissement pour enfants à un établissement pour adultes » et prévoit en faveur de l'enfance handicapée une amélioration de la couverture du territoire en équipements médico-sociaux (SESSAD, IME) et un développement « des prises en charges spécifiques pour répondre aux besoins des différents types de handicaps ».

- [41] Concernant les places en IME la DT des Yvelines juge nécessaire une restructuration de l'offre existante, en particulier une réorientation des places vides en IME en places de SESSAD, la création de nouvelles places de SESSAD ne suffisant pas.
- [42] Les services du conseil général des Yvelines chargés des personnes handicapées constatent, toutes populations adultes et enfants handicapées confondues, l'existence de 500 places en attente avec 100 places disponibles dans les établissements en raison de profils des demandeurs de placement qui ne correspondaient pas exactement à la population accueillie dans ces établissements.
- [43] Dans le schéma d'organisation sociale et médico-sociale des Yvelines il est bien compris l'importance d'une amélioration de la qualité de l'offre dans les structures médico-sociales pour enfants et adolescents handicapés, en particulier en soutenant l'« adaptation des établissements pour l'accompagnement des enfants présentant des handicaps particulièrement graves et nécessitant des soins lourds et spécifiques (autistes, troubles psychiatriques, polyhandicapés...) ».
- [44] C'est ainsi qu'une des actions contenues dans ce schéma vise à encourager à cette adaptation par une évolution du projet d'établissement, un élargissement de l'autorisation, un renforcement des compétences et moyens ainsi que des modalités d'intervention.
- [45] A remarquer que dans le dernier schéma d'organisation sociale et médico-social du département des Yvelines il est acté la création de SESSAD « permettant l'accompagnement des jeunes sortants de CLIS ou UPI dans une optique de préparation à la vie professionnelle ».
- [46] Le schéma de 3<sup>ème</sup> génération d'organisation sociale et médico-social 2010-2015 du département des Yvelines dans son volet autonomie mentionne le développement du nombre de places en SESSAD « particulièrement pour les enfants handicapés moteurs, les enfants atteints de troubles du langage et les enfants déficients intellectuels avec troubles associés ».
- [47] Le handicap psychique n'est pas autrement évoqué dans cette partie du schéma et n'est pas cité en tant que tel dans la fiche action 31 de ce schéma consacrée au développement des prises en charge spécifiques.
- [48] Le schéma de 3<sup>ème</sup> génération d'organisation sociale et médico-social 2010-2015 du département des Yvelines (volet autonomie) affirme un objectif général d'amélioration de l'articulation des professionnels autour des enfants et adolescents handicapés, notamment dans le domaine des ITEP par l'élaboration d'une « convention entre chaque ITEP et les services de l'ASE permettant de clarifier les compétences de chaque institution... ».

#### **4.1.4. En matière de prise en charge des adultes**

- [49] Le schéma départemental médico-social met l'accent sur :
- le développement de l'offre en matière d'hébergement des personnes souffrant d'handicap psychique. Il s'agit principalement de développer l'offre de logement disponible dans le milieu ordinaire, en travaillant notamment avec les bailleurs publics, de développer l'offre d'hébergement dans le secteur médico-social et d'encourager les solutions mixtes permettant aux personnes handicapées psychiques de disposer d'un logement en milieu ordinaire mais avec un accompagnement spécifique ;
  - la coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social. Le but est de privilégier le travail en réseau (réseau de psychiatrie, ESMS, établissements de santé psychiatrique, psychiatres libéraux), de mettre en place une instance de régulation au niveau départemental pour traiter les cas difficiles et de développer des structures offrant des prises en charges sur des temps courts ou de structures prenant en charge les personnes handicapées à des âges intermédiaires (15-21 ans).

## **4.2. A travers le premier plan stratégique régional de santé et schéma régional de l'organisation médico-sociale**

### **4.2.1. Le PSRS d'Ile de France**

[50] La thématique de la santé mentale est déclinée dans le PSRS1 au titre des parcours de santé prioritaires selon les termes suivant :

*« 1. Garantir à chaque francilien un parcours de santé lisible, accessible et sécurisé*

*1.4. Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS*

*1.4.2. Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne*

*1.4.2.2 Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale*

*La santé mentale doit être envisagée dans son acception large et non comme la seule prise en charge des maladies psychiatriques. Le défi que devra relever l'ARS est de permettre une nouvelle approche qui puisse à la fois promouvoir un concept nouveau de santé mentale, aider à «déstigmatiser» les pathologies mentales et permettre une prise en charge adaptée, mobilisant l'ensemble des ressources, sanitaires et médico-sociales. Par ailleurs, la santé mentale est au confluent de nombreuses priorités et doit être présente à différents niveaux : qu'il s'agisse des déterminants de santé, de la relation avec le monde du travail et de l'entreprise, du problème du suicide ou des conduites suicidaires chez les jeunes, de l'interaction entre pathologie mentale et grande précarité, de la dépression et de l'isolement de la personne âgée, ou encore du lien entre addictions et santé mentale, de la prise en charge des problèmes de santé mentale dans le cadre du premier recours... la liste des enjeux de santé afférents est longue et mérite que cette priorité soit fortement affichée par l'ARS. Les trois schémas, de prévention, d'organisation sanitaire et d'organisation médico-sociale, auront ainsi une lecture commune des priorités, permettant d'assurer une cohérence des objectifs opérationnels et actions retenues.*

*1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques*

*1.4.3.4. Assurer la prise en charge globale des difficultés liées au handicap*

*Le champ du handicap est large, pouvant toucher des personnes à tout âge de la vie. Il englobe aussi bien le handicap physique et sensoriel que le handicap mental et psychique ».*

### **4.2.2. Le SROMS**

[51] Le schéma régional est en cours d'élaboration. Les documents préparatoires transmis à la mission permettent d'identifier, parmi les groupes de travail mis en place, les trois groupes qui permettront d'aborder la thématique du handicap psychique et de la santé mentale :

- un groupe « accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques » autour de trois axes de réflexion : faciliter la transition entre l'hospitalisation et l'insertion en milieu ordinaire par un accompagnement adapté, organiser la coopération entre les structures de santé et ESMS, accompagner l'insertion professionnelle en milieu ordinaire et en milieu protégé ;
- un groupe « addictions et santé mentale » ;
- un groupe « accompagnement et hébergement (médico-social/social/précarité) ».

<sup>1</sup> Version communiquée au Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales en juin 2011

## 5. OBSERVATIONS DE TERRAIN

### 5.1. En matière de scolarisation

#### 5.1.1. Dans le premier et second degré

[52] Au niveau de l'académie de Versailles, qui comprend les départements des Yvelines, de l'Essonne, des Hauts de Seine et du Val d'Oise, les résultats (public + privé) concernant la scolarisation des élèves handicapés selon le type de troubles dans le premier et le second degré sont les suivants en 2010-2011.

Tableau 1 : Répartition des élèves handicapés en scolarisation individuelle

Troubles	Scolarisation individuelle					
	1 <sup>er</sup> degré	collège	dont SEGPA	autres	Total second degré	Total 1 <sup>er</sup> et second degré
Troubles du psychisme	1 516	541	203	100	641	2 157
Tous autres troubles	5 132	2 215	638	1 129	3 344	8 476

Source : Académie de Versailles

[53] Comme au niveau national les élèves souffrant de troubles du psychisme sont, au collège, plus fréquemment scolarisés en SEGPA (37.5 %) que les autres enfants handicapés (28.8 %). Les enfants atteints de ces troubles psychiques représentent 20.3 % de la totalité des enfants en scolarisation individuelle.

Tableau 2 : Répartition des élèves handicapés en scolarisation collective

Troubles	Scolarisation collective		
	1 <sup>er</sup> degré CLIS	Second degré ULIS	Total 1 <sup>er</sup> et second degré
Troubles du psychisme	233	124	357
Tous autres troubles	2 398	1 285	3 683

Source : Académie de Versailles

[54] En scolarisation collective, les enfants présentant des troubles du psychisme forment 8.8 % des enfants scolarisés.

[55] Dans le département des Yvelines en 2010-2011 sur 424 élèves scolarisés en situation de handicap psychique dans le premier degré 417 sur 424 soit 98,3 % avaient un PPS ou un PPS en cours d'élaboration (tous types de handicaps 2 250 sur 2 305, soit 97,6 %).

[56] En termes d'aide à la scolarisation l'enquête réalisée dans les Yvelines dans le second degré sur l'année scolaire 2010-2011 met en évidence la faible proportion d'élèves atteints de troubles de psychisme pour lesquels l'utilisation d'un transport spécifique est nécessaire 31/158, soit 19,6 % (tous types de troubles 410/1 273, soit 32,2 %) et encore plus faible proportion pour ceux devant employer un matériel pédagogique adapté 7/151, soit 4,6 % (tous types de troubles 326/1 273, soit 25,6 %).

- [57] Pour l'année scolaire 2010-2011, dans le département des Yvelines, 3 578 enfants sont scolarisés dans le premier et le second degré dont 582 atteints de troubles du psychisme, soit 16,3 %. Sur 1 273 enfants handicapés scolarisés dans le second degré 158 (12,4 %) le sont pour troubles du psychisme dont 55 en SEGPA (35 %). Sur l'ensemble des 1 273 enfants porteurs de handicaps 309 sont en SEGPA, soit 24,3 % des élèves scolarisés handicapés.
- [58] A l'échelle des Yvelines, pour l'année scolaire 2010-2011, sur 693 enfants scolarisés en CLIS 68 (9,8 %) sont atteints de troubles psychiques, et sur 363 enfants scolarisés en ULIS 26 (7,2 %) sont atteints de ces mêmes troubles : au total la scolarisation collective accueille 1 056 élèves dont 94 (8,9 %) enfants handicapés psychiques.
- [59] Selon l'enquête réalisée dans les Yvelines dans le second degré, sur l'année scolaire 2010-2011, 118 enfants atteints de troubles du psychisme sur 158 n'ont pas d'accompagnement par AVS (temps plein ou temps partiel), soit 74,7 % : pour tous types de troubles les chiffres sont respectivement de 1 273 enfants dont 790 sans accompagnement, soit 62 %.
- [60] Concernant la prescription d'AVSi il est constaté sur l'académie de Versailles l'augmentation suivante du nombre de prescription.

Tableau 3 : Détail de la prescription de l'accompagnement par des AVSi sur la période 2009-2010

Prescription	Novembre 2009	Novembre 2010	Ecart et % d'augmentation
En nombre d'heures hebdomadaires	48 039	56 358	8 319 soit +17,3 %
En nombre d'ETP	1 372	1 610	238 soit +17,3 %
Nombre d'élèves handicapés pour lesquels la MDPH a prescrit un AVSi	4 137	4 794	657 soit +15 %

Source : Académie de Versailles

- [61] Fin novembre 2010, 373 élèves handicapés (dont 55 dans les Yvelines) sont en attente d'un accompagnement individuel dans l'académie de Versailles.

Tableau 4 : Evolution du nombre d'ULIS collèges/lycées dans l'académie de Versailles sur la période 2008-2010

	2008	2009	2010	Pourcentage d'augmentation 2008-2010
ULIS collèges publics	95	108	143	+66 %
ULIS lycées publics	10	13	15	+50 %

Source : Académie de Versailles

- [62] Les chiffres relatifs à l'académie de Versailles témoignent de l'importante augmentation d'ULIS sur une période de deux ans.

### 5.1.2. A l'université

- [63] Une convention de partenariat a été signée le 11 septembre 2008 entre la MDPH des Yvelines et l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines (UVSQ). Cette université a créé un service d'accueil des étudiants handicapés qui a un rôle d'accueil et de suivi des étudiants handicapés.

- [64] Selon les termes de cette convention il revient à l'UVSQ d'assumer la charge financière des aménagements d'étude (tiers temps preneur de notes, secrétariat d'examens, soutien pédagogique, matériel pédagogique,...) et à la MDPH, via la CDAPH, de prendre toutes décisions utiles à la vie quotidienne de l'étudiant.
- [65] Si des besoins tels que l'aide aux déplacements, la tierce personne, un logement adapté,... sont à satisfaire, c'est l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui en assure l'évaluation. En cas de demande de PCH par l'étudiant, l'UVSQ est entendue par la CDAPH.
- [66] Il est prévu une délégation aux médecins du service médical de l'UVSQ : le médecin du service médical universitaire est le référent pour la MDPH pour proposer, mettre en place et suivre le plan de compensation pédagogique.

## **5.2. Quelques dynamiques locales intéressantes identifiées**

### **5.2.1. La scolarisation en interne dans le centre hospitalier Théophile Roussel, spécialisé en psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale**

- [67] Le centre hospitalier Théophile Roussel est doté d'une école spécialisée intégrée :
- [68] Plusieurs dispositifs sont mis en place pour répondre aux besoins :
- maintien de la scolarité extérieure si la situation le permet, avec suivi et lien avec les établissements scolaires et mise en place d'un accompagnement au sein de l'unité d'enseignement quand l'école extérieure en fait la demande, soit dans le cadre d'un dispositif soins/étude, soit en hospitalisation de jour ou temps plein ;
  - scolarisation uniquement sur l'unité d'enseignement au sein de l'hôpital, en tout petit effectif, voire en individuel dans un premier temps ;
  - scolarisation partagée entre unité d'enseignement et établissement scolaire, avec suivi par l'enseignant de l'unité d'enseignement de la scolarité extérieure.
- [69] Les enseignants participent à l'équipe éducative (élève et sa famille, chef d'établissement, enseignant, psychologue scolaire, éventuellement médecin infirmier et assistant social de l'éducation nationale) ou à l'équipe de suivi de la scolarisation (ESS).

### **5.2.2. La coopération entre le foyer départemental de l'enfance et la pédopsychiatrie**

- [70] La nécessité de proposer une prise en charge psychiatrique adaptée n'est pas ignorée par le département des Yvelines, au moins pour les enfants et adolescents accueillis dans le foyer départemental de l'enfance, rattaché au conseil général, et qui comporte en son sein une pouponnière.
- [71] Pour les 90 enfants de ce foyer une convention a été conclue (séance du conseil général du 4 mars 2011) entre le centre hospitalier de Versailles et le conseil général des Yvelines pour la prestation de deux demi-journées hebdomadaires de pédopsychiatre. Cette mise à disposition vient en complément du rôle du pédiatre et des psychologues institutionnels.
- [72] Il s'agit notamment, outre d'assurer la coordination avec les secteurs de psychiatrie dont les enfants dépendent, de jouer une fonction d'interface avec le service psychiatrique hospitalier dans les situations de crise, d'apporter un appui aux équipes éducatives et de préparer les dossiers de saisine de la MDPH. En revanche il n'est pas prévu que le psychiatre entreprenne lui-même aucun soin au sein du foyer.

[73] Cette convention qui visent à faciliter la collaboration entre pédopsychiatrie et foyer de l'enfance est sans conteste de grand intérêt pour la fluidité de la prise en charge n'apporte cependant pas de remède à l'absence d'offre de soins psychiatriques intensifs nécessaire à certains des enfants accueillis alors même qu'il est observé que l'insuffisante prise en charge psychiatrique, et éducative, des enfants peut amener à demander une reconnaissance de handicap psychique inappropriée.

### 5.2.3. L'expérience des réseaux de santé mentale

#### 5.2.3.1. Le réseau de promotion pour la santé mentale Yvelines Sud

[74] Le réseau de promotion pour la santé mentale Yvelines Sud (RPSM) a été créé en 1999. Parmi ses actions<sup>2</sup>, le dispositif d'interface psychiatrie, secteur social et médico-social est à signaler. Avec un double objectif - concevoir et mettre en œuvre une approche spécifique de l'aide aux aidants, favoriser l'insertion et l'hébergement des patients malades mentaux stabilisés - le dispositif repose sur :

- une équipe de liaison, composée de 2 médecins et 2 infirmières, a réalisé en 2010, 407 interventions auprès de 47 structures autres que celles de soins, soit 55 % en faveur du médico-social, 45 % pour le social, et a traité à la fois des sujets d'insertion (44 %) et d'hébergement (37 %) ;
- une équipe « hébergement/insertion » avec une double entrée :
  - une commission de suivi, en format élargi, réunit les partenaires du social et les usagers pour assurer l'ensemble des actions engagées (connaissance réciproque des partenaires, émergence et suivi des projets). En formation restreinte, les professionnels du sanitaire assurent le suivi des situations difficiles. En 2010, les travaux des deux groupes ont concernés l'ouverture du FAM Troas (Fondation John Bost) agréé pour les personnes handicapés psychiques ;
  - un dispositif d'aide à l'hébergement (65 personnes, dont 38 suivis par la MDPH) auprès des personnes en lien avec la MDPH, auprès des structures de soins du réseau (étude et suivi de 64 dossiers), auprès des structures sociales et médico-sociales pour l'admission (aide technique pour l'étude des dossiers 17 commissions, 129 dossiers).

[75] Le développement du volet insertion devrait être engagé en 2011

#### 5.2.3.2. Le réseau de santé mentale Yvelines Nord

[76] L'association qui est le support juridique du réseau a été constituée en 2005 avec pour but :

- *« de promouvoir le développement et la constitution d'un réseau de santé mentale dans le nord des Yvelines ;*
- *de favoriser des regroupements de professionnels autour de thèmes fédérateurs de la psychiatrie ;*
- *de mettre en œuvre les moyens pour mieux collaborer entre partenaires, dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge des patients ;*
- *de développer des actions de formation pour les adhérents de l'association ou par les adhérents vers les partenaires intéressés ».*

<sup>2</sup> Bilan d'activité du RPSM 78 de 2010

- [77] Parmi les travaux en cours, il peut être cité un annuaire de l'accueil en urgence du nord des Yvelines. Il s'agit d'un outil émanant de la réflexion du groupe de travail urgences-suicide du réseau, qui recueillera une présentation des différents dispositifs d'accueil en urgence mis en place par les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, et localisera, par ailleurs de façon précise les différentes CHL, les différents CHRS et les dispositifs dédiés aux personnes âgées. Cet annuaire est destiné au SAMU centre 15, aux divers interlocuteurs sectoriels, aux médecins généralistes et aux associations de familles de patients. Après une version papier en cours de stabilisation, il serait, dans un second temps, mis en ligne.

#### **5.2.4. Au titre des partenariats entre établissements de santé et ESMS**

- [78] Le FAM Troas de Guyancourt, de l'association John BOST, vient d'ouvrir 40 places (35 accueils temps plein, 5 accueils temporaires, 5 accueils de jour). C'est le premier FAM dédié à l'accueil de personnes handicapées psychiques du département des Yvelines. Lors de son ouverture, il a bénéficié de la collaboration du RPSM Yvelines Sud pour la préparation des admissions (27 rencontres pour 74 dossiers étudiés pour repérer avec les équipes de secteur les personnes dont les besoins correspondaient au projet de la structure). Compte tenu des acquis de cette étape, il n'envisage pas de formaliser une convention avec le RPSM. Il a cependant choisi de conclure, en janvier 2011, une convention de partenariat avec le réseau Yvelines nord, selon laquelle l'équipe de secteur et le psychiatre référent du patient s'engagent à assurer le suivi des résidents en signant un engagement de continuité de soins. Le foyer s'engage « *à ne pas prendre une décision d'expulsion de résident* » en cas d'hospitalisation. Dans l'hypothèse d'une impossibilité de retour en FAM, les deux parties s'engagent « *à s'associer pour proposer une orientation plus conforme à la situation du résident* ».

#### **5.2.5. Au titre de l'insertion professionnelle**

- [79] L'ESAT « Les Néflers » de Fourqueux, géré par l'association Avenir APEI dont la mission est d'« *accueillir et accompagner les personnes handicapées mentales pour permettre leur épanouissement et leur intégration sociale tout au long de leur vie* », accueille 123 personnes handicapées réparties en 10 équipes intervenant dans dix secteurs d'activité (conditionnement, publipostage, reprographie, repassage, agroalimentaire, espaces verts). Traditionnellement, l'ESAT accueillait principalement des personnes handicapées mentales avec des déficiences légères et moyennes. Il est confronté, depuis deux à trois ans, à l'accueil croissant de personnes ayant des troubles psychiques qui représentent près de 30 % des personnes accueillies.
- [80] Aujourd'hui, cette mixité des publics entraîne un questionnement de l'équipe de l'ESAT sur ses principes et ses pratiques.
- [81] Si les personnes handicapées mentales et déficientes peuvent apporter le côté affectif, empathique et maternel qui peut aider les personnes handicapées psychiques souvent déconnectées de leurs émotions, la cohabitation peut renvoyer, en miroir, l'image de leur propre handicap, aux personnes handicapées psychiques. Par ailleurs, les contraintes de l'atelier peuvent être trop fortes. Elles nécessitent d'envisager un aménagement spécifique du temps de travail. Les phases d'interruption, liées à une décompensation, supposent le plus souvent un aménagement de la reprise du travail qui se fait grâce à la section d'accompagnement spécialisée (SAS). La variabilité du handicap est ainsi à concilier avec les impératifs de viabilité économique imposés à l'établissement.
- [82] Pour faire face à ce défi et aider les professionnels de l'ESAT, des échanges sont en cours avec les équipes sanitaires pour travailler ensemble sur le projet de vie de chaque personne, prévenir certains problèmes par des réunions régulières de bilan, disposer d'un contact avec un référent du secteur psychiatrique, s'assurer de la transmission par ces services des informations nécessaires à la prise en charge adaptée... Enfin des sessions régulières d'analyses de pratiques et des formations collectives des encadrants ont été mises en place pour traiter de la bientraitance, de la prise en charge du handicap psychique, de l'hygiène et image de soi.

## Annexe 2 bis : Monographie du département du Nord

### 1. PRESENTATION GENERALE REGION NORD-PAS DE CALAIS/DEPARTEMENT DU NORD

- [1] Avec un peu plus de 4 millions d'habitants la région Nord-Pas de Calais est au quatrième rang des régions de France. Hormis l'Ile-de-France la densité de population est la plus forte de France avec 324 hab/km<sup>2</sup>. Le département du Nord est le plus peuplé de France. Il y a une quasi-stabilité de la population régionale (+0,1 % par an) sur la période 1999-2006 dans un contexte nationale de hausse modérée (+0,7 % par an). L'essentiel de la population régionale se situe dans la métropole lilloise, l'ancien bassin minier et la partie septentrionale du littoral. Malgré une surmortalité régionale avérée et en raison de la structure jeune de sa population le taux de mortalité annuel (pour 1000 personnes) est proche de la moyenne nationale. La natalité, et surtout la fécondité, sont élevées, cette région ayant les taux les plus élevés après l'Ile-de-France : c'est une région qui est l'une des plus jeunes de France métropolitaine.
- [2] En termes de mortalité 2005-2008 tous âges, les deux sexes confondus, la région Nord-Pas de Calais est la région de France la moins bien classée (rang 22 sur 22) : le département du Nord est 95<sup>ème</sup> sur 96 et le département du Pas de Calais est 96<sup>ème</sup> sur 96. Il en est de même pour le classement concernant la mortalité prématurée (inférieure à 65 ans) ainsi que pour celui de la mortalité tous âges par sexe. Cette région détient la dernière place dans le classement des 22 régions françaises pour la mortalité par tumeurs malignes, pour celle liée à l'alcool. En termes de mortalité prématurée par suicide la région Nord-Pas de Calais est avant dernière du classement après la Bretagne.
- [3] Avec 7,8 % de sa population active occupée travaillant dans le secteur de la santé le Nord-Pas de Calais est en milieu de classement avec moins de médecins présents dans les emplois de la santé que la moyenne nationale. La densité de psychiatres tous statuts d'exercice confondus pour 100 000 habitants est de 16 pour le Nord et de 10 pour le Pas de Calais (France entière 22). Le poids de la population défavorisée est important dans le Nord-Pas de Calais : les PCS défavorisées (catégorie des ouvriers et inactifs) représentent 46,7 % des ménages pour une moyenne en France métropolitaine de 37,9 % et cette région est la première par l'importance de cette catégorie. Concernant la part des actifs favorisés (cadres supérieurs et enseignants) le Nord-Pas de Calais occupe le 9<sup>ème</sup> rang avec 33,2 % (l'Ile-de-France est au premier rang avec 51,2 %).
- [4] Le Nord-Pas de Calais fait partie des régions touchées par un fort chômage (14,8 % en 2006). Cette région a également des taux d'activité masculin et féminin parmi les plus faibles et se place dans les derniers rangs du classement ascendant régional pour la proportion de foyers non imposables et la part des familles constituées d'une femme seule avec enfant.

## **2. OFFRE DE SERVICE SANITAIRE ET MEDICO-SOCIALE**

### **2.1. Pour les enfants et adolescents**

#### **2.1.1. Cartographie de la santé mentale**

- [5] Equipements en psychiatrie infanto-juvénile :
- [6] Nombre de lits et places pour 100 000 habitants de moins de 17 ans (Nord = 63,7 % des 0 à 16 ans inclus) : Nord 40 et NPC 36 (nombre de lits ou places en hospitalisation temps plein Nord 28 et NPC 48 ; en hôpital de jour Nord 149 et NPC 225).
- [7] Nombre de CATTP : Nord 11 et NPC 21 ; nombre de CMP : Nord 25 et NPC 36.

#### **2.1.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux**

- [8] Nombre de SESSAD : 76 en Nord Pas de Calais avec 1 958 places (1,8 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans).
- [9] Nombre de CAMSP : 22 structures en Nord Pas de Calais avec 5 563 patients en file active.
- [10] Nombre de CMPP : 21 structures en Nord Pas de Calais avec 10 518 patients en file active.
- [11] Nombre d'établissements d'éducation spéciale : 81 en Nord Pas de Calais avec 6 329 places (5,8 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans).
- [12] Nombre d'ITEP : 10 en Nord Pas de Calais avec 466 places (0,4 places pour 1 000 habitants de moins de 20 ans).

### **2.2. Pour les adultes**

#### **2.2.1. Cartographie de la santé mentale**

- [13] Equipements en psychiatrie générale :
- [14] Nombre de lits et places pour 100 000 habitants de 17 ans et + (Nord = 63,7 % des 17 ans et + de la région) : Nord 117 et NPC 120 (nombre de lits ou places en hospitalisation temps plein Nord 1470 et NPC 2452 ; en hôpital de jour Nord 495 et NPC 756).
- [15] Nombre de CATTP : 51 et NPC 87 ; nombre de CMP : Nord 54 et NPC 79.

#### **2.2.2. Données statistiques sur les établissements et services médico-sociaux**

- [16] Répartition régionale des foyers d'hébergement dans le NPC : 19 structures avec 629 places installées (1,7 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans).
- [17] Répartition régionale des foyers occupationnels/foyers de vie dans le NPC : 95 structures avec 3188 places installées (1,5 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans).
- [18] Répartition régionale des maisons d'accueil spécialisé dans le NPC : 26 structures avec 1 404 places installées (0,6 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans).
- [19] Répartition régionale des foyers d'accueil médicalisé dans le NPC : 20 structures avec 542 places installées (0,2 places pour 1000 habitants de 20 à 59 ans).

### 3. MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES

#### 3.1. Modalités d'organisation interne

- [20] La MDPH du Nord possède la plus importante activité des MDPH de France avec en 2010 environ 213 000 personnes en file active, c'est à dire bénéficiant d'au moins une prestation en cours de validité.
- [21] La MDPH du Nord est organisée sur deux sites, Villeneuve d'Ascq (où est situé le siège et avec les 2/3 de l'activité) et Valenciennes sachant que le regroupement complet des ex-COTOREP et ex-CDES ne date que de juin 2008 pour Villeneuve d'Ascq et de décembre 2009 pour Valenciennes.
- [22] Elle compte 155 ETP : ce chiffre rapproché du nombre de demandes que reçoit la MDPH permet de calculer une charge de travail moyenne d'approximativement 850 demandes par ETP. Le volume d'activité croît régulièrement de 2008 à 2010 pour atteindre 132 409 demandes déposées (+1,66 % de 2008 à 2009, +6,97 % de 2009 à 2010).
- [23] Les délais moyens de traitement des demandes (adultes, enfants) sont passés de 5,9 mois en 2008 à 5,2 mois en 2009 et 4,2 mois en 2010. La répartition des demandes est d'environ 5/6 pour les adultes et 1/6 pour les enfants.
- [24] Parmi les effectifs de la MDPH, 14 agents ont la reconnaissance de travailleur handicapé et la MDPH fait appel à des ESAT pour assurer des prestations de service et de conditionnement de fournitures.
- [25] Pour l'accueil de proximité des usagers, la MDPH d'appuie sur un réseau de points d'accueil répartis sur l'ensemble des territoires :
- 320 points d'accueil de premier niveau mis en place depuis 2007 pour participer à la mission d'information ; constitués d'enseignants référents, CCAS, CAF, CPAM, associations, établissements hospitaliers,... ces points d'accueil ont pour mission d'accueillir et informer le public sur les droits et prestations, délivrer les imprimés de demande et les informations de base relatives à l'éligibilité aux prestations. Ils ont pour mission d'accompagner l'utilisateur dans la constitution du dossier et veiller à sa complétude (aujourd'hui 30 % des dossiers sont incomplets) ;
  - 30 points d'accueil de 2ème niveau en cours d'implantation en vue de répondre aux problématiques complexes ou à certains handicaps spécifiques ; ils ont pour missions d'assurer celles dévolues au niveau 1, d'accompagner l'utilisateur dans la formulation du projet de vie, former et sensibiliser les points d'accueil de niveau 1.

#### 3.2. Modalités de traitement des dossiers

- [26] La mission a constaté que l'évaluation des besoins de compensation des personnes n'était pas réalisée, sinon à titre systématique, du moins sur une grande proportion des dossiers, par les équipes pluridisciplinaires dans le département du Nord.
- [27] La MDPH du Nord distingue deux niveaux d'évaluation : l'évaluation de premier niveau qui selon les services de la MDPH concerne environ 80 % des dossiers (beaucoup plus selon d'autres témoignages) et est réalisée par un médecin psychiatre pour le handicap psychique (avec l'aide d'un « référent logistique ») ou une équipe pluridisciplinaire d'évaluation restreinte (demande d'orientation médico-sociale vue en parallèle par un médecin et une assistante sociale) et l'évaluation de deuxième niveau qui seule est véritablement pluridisciplinaire (composée d'un médecin, d'infirmière, assistante sociale et référent logistique).

- [28] Les médecins qui composent l'équipe de 2<sup>ème</sup> niveau sont des médecins vacataires (environ une cinquantaine) et les 4 ou 5 médecins plein temps de la MDPH. Lorsque le dossier concerne un enfant il y a présence d'un pédopsychiatre. La MDPH n'a pas signé de convention avec les EPSM de Lille.
- [29] Les critères précis d'orientation vers le deuxième niveau n'ont pas été communiqués à la mission au delà de la simple précision qu'il s'agit des « cas où les évaluateurs de premier niveau n'arrivent pas à faire une proposition au regard des éléments présents dans le dossier ». Dans ces cas, divers procédés peuvent être enclenchés : invitation de l'utilisateur pour une évaluation à la MDPH (visite médicale ou rencontre avec l'EPE), visite à domicile, demande de renseignements complémentaires qui sont le plus souvent long à obtenir.
- [30] Il a été établi par la MDPH 59, en collaboration avec l'UNAFAM et le secteur psychiatrique, un document de complément d'informations concernant une personne en situation de handicap d'origine psychique : ce document vise à « évaluer les besoins de compensation d'une personne en situation de handicap d'origine psychique et d'y répondre de manière adaptée ». Des informations relatives au « parcours scolaire et professionnel », à « la vie quotidienne, domestique et courante » ainsi qu'à « l'environnement humain et les aides mises en œuvre » y sont demandées. Ce document reste peu utilisé, notamment par les professionnels de santé.
- [31] Du fait des volumes des dossiers à traiter, la grande majorité des propositions faites lors du processus d'évaluation sont validées sur liste par la CDAPH. Les défauts d'un manque d'évaluation globale ont été constatés lors des réunions de la CDAPH du Nord qui est amenée à de nombreuses reprises, selon différents membres de cette CDAPH, à procéder à un renvoi du dossier pour des compléments d'évaluation.
- [32] Quant à la CDAPH du département du Nord elle notifie un type d'établissement (ex : IME) et fournit à la personne concernée, ou à sa famille s'il s'agit d'un enfant, une liste sur laquelle figure les établissements correspondants, à charge pour l'utilisateur de faire une recherche d'une place disponible à partir de la liste transmise.
- [33] Concernant l'insertion professionnelle, La MDPH s'appuie sur l'animation organisée par le référent insertion professionnelle. L'EPE associe les partenaires suivants : soit le médecin de la MDPH ou un médecin du travail, les services Pôle emploi et Cap emploi, un psychologue du travail, SAMETH, un représentant de la CRAM et des missions locales ainsi que le CRP avec lequel la MDPH a signé une convention relative à l'évaluation des personnes handicapées. Celle-ci concerne plus particulièrement, d'une part les personnes ayant obtenu une orientation vers un centre de rééducation professionnelle puis l'ayant interrompu et souhaitant reprendre cette formation, d'autre part les personnes pour lesquelles l'EPE s'interroge sur les possibilités d'orientation par l'unité d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle (UEROS) ou pré orientation spécialisée.

#### **4. THEMATIQUES RATTACHABLES A LA SANTE MENTALE ET AU HANDICAP PSYCHIQUE DANS LES STRATEGIES DEPARTEMENTALES ET REGIONALES**

##### ***4.1. A travers le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale***

###### **4.1.1. En matière de prévention infantile**

- [34] Le SDOSMS du département du Nord 2007-2011 dans son volet consacré à l'enfance et à la famille prévoit dans son orientation stratégique N° 1 « développer les actions de prévention », de « conforter les réseaux de périnatalité » (action n°2) dans le but d'un « intervention préventive plus précoce », de « favoriser la création d'unités de soins mobiles parents-bébés pour répondre aux détresses familiales » (action N°3).

- [35] L'ARH Nord Pas de Calais a également saisi l'intérêt du sujet puisqu'elle préconise dans un document de révision du SROS III, volet psychiatrie et santé mentale, la création de « dyades mère-enfant » en cas de « trouble grave de l'interaction mère-bébé en période périnatale nécessitant une hospitalisation » à temps plein ou à temps partiel. Ces unités mère-bébé, rattachées majoritairement à la pédopsychiatrie, existent depuis les années 80 et sont réparties de manière inhomogène sur le territoire.

#### **4.1.2. En matière de prise en charge des situations infanto-juvéniles complexes**

- [36] Le volet enfance-famille du SDOSMS 2007-2011 comprend dans son orientation stratégique N°3 « adapter les modalités d'accueil et d'accompagnement dans le cadre des projets individualisés » de « s'appuyer davantage sur les réseaux territoriaux de compétence » (action N°33) en vue de « trouver des solutions concrètes pour les situations les plus complexes qui tiennent en échec chacune des institutions partenaires » (cf. infra).
- [37] Une action N° 34, ayant également pour objectif d'aider à solutionner ces situations, à été inscrite « inventer des réponses concertées intégrant la psychiatrie infanto-juvénile dans les services ambulatoires exerçant à partir du lieu de vie des enfants » : il s'agit de « miser sur le partenariat pour accompagner des jeunes à la croisée de problématiques sanitaires, sociales et éducatives ».

#### **4.1.3. En matière de prise en charge des adultes**

- [38] L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique est abordé dans le volet personnes handicapées du SDOSMS du Nord 2007-2011 : il est prévu qu'un « travail en réseau sera formalisé entre les établissements publics de santé mentale et les structures sociales et médico-sociales ».
- [39] L'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées psychiques est plus globalement abordée dans un autre chapitre de ce même volet du SDOSMS, notamment en vue de « faciliter l'accès à un hébergement adapté (maisons-relais) », « faciliter l'insertion professionnelle (ESAT...) », « promouvoir et accompagner la création des groupes d'entraide mutuelle », sans précision des modalités opérationnelles d'atteinte de ces objectifs.
- [40] Le département associe l'UNAFAM aux commissions thématiques Personnes Handicapées pour la réécriture du Schéma départemental 2012-2014. Par délibération du 2 juin 2008 qui consacre les personnes handicapées psychiques comme public prioritaire, le département s'est engagé à diversifier l'offre d'accueil dans des structures spécialisées pour répondre à la problématique des personnes accueillies de façon inadéquate en hôpital psychiatrique.

## ***4.2. A travers les plan stratégique régional de santé et schéma régional de l'organisation médico-sociale***

### **4.2.1. Le PSRS du Nord Pas de Calais**

- [41] La santé mentale fait l'objet d'une annexe spécifique du PSRS<sup>3</sup> qui précise les objectifs et actions envisagées :

#### ***« 1- Prévention des risques sanitaires***

- *Poursuivre l'amélioration du repérage de la souffrance psychique dans tous les milieux de vie, avec la mise en réseau des acteurs.*
- *Permettre la montée en compétence des acteurs des différents milieux de vie des enfants et des jeunes sur les sujets de santé mentale, notamment face au repérage des troubles du développement.*

<sup>3</sup> Version communiquée à la mission début juillet

## 2- Mortalité prématurée évitable

- Accompagner à l'issue des tentatives de suicide.
- Améliorer le repérage et la prise en charge des pathologies somatiques des personnes présentant des troubles psychiques.
- Développer des solutions « logement et soins en santé mentale » pour les personnes les plus démunies.

## 3- Accès aux soins

- Adapter l'offre de soins en santé mentale à la réalité des territoires
- En psychiatrie, développer à partir de la notion de sectorisation, des organisations intersectorielles et supra-sectorielles qui répondent de façon graduée, adaptée et territorialisée à la demande.
- Organiser l'accueil en situation de crise.
- Fluidifier le parcours du patient présentant une souffrance ou des troubles psychiques par une meilleure articulation soins de ville/sanitaire/médico-social/social.
- Prévenir la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques ».

### 4.2.2. Le SROMS du Nord Pas de Calais

[42] Le schéma régional est en cours d'élaboration. Le document préparatoire transmis à la mission retrace les premières orientations organisées autour d'axes transversaux aux trois populations concernées par le SROMS, d'axes sectoriels autour de chacun de ces publics, d'une approche thématique populationnelle, non d'emblée territorialisée. Il ne permet pas, à ce stade, de connaître les orientations détaillées concernant le handicap psychique, néanmoins le sujet de l'amélioration du lien entre la psychiatrie et le champ médico-social est évoqué. Par ailleurs, l'axe « favoriser l'accès à une offre adaptée de proximité en termes de développement, de recomposition et de structuration » identifie un besoin spécifique, notamment pour le handicap psychique.

## 5. OBSERVATIONS DE TERRAIN

### 5.1. En matière de scolarisation

[43] L'évolution des effectifs des élèves en situation de handicap scolarisés individuellement ou collectivement est la suivante dans l'académie de Lille.

Tableau 5 : Evolution des effectifs des élèves handicapés scolarisés sur la période 2008-2011

	2008/2009	2009/2010	2010/2011
CLIS	2 549	2 565	2 491
ULIS	577	707	777
<b>Total scolarisation collective</b>	3 126	3 272	3 268
Scolarisation individuelle 1 <sup>er</sup> degré	3 769	3 797	4 170
Scolarisation individuelle 2 <sup>ème</sup> degré	2 266	3 065	3 583
<b>Total scolarisation individuelle</b>	6 035	6862	7 753
Total général	9 161	10 134	11 021

Source : Académie de Lille

- [44] Le nombre d'élèves handicapés scolarisés dans l'académie de Lille a cru d'environ 20 % sur les trois dernières années scolaires, la part de la scolarisation individuelle passant sur cette période de 65,9 % à 70,4 %.

## **5.2. En matière de prise en charge de situations complexes concernant des enfants et des adolescents**

- [45] Les rencontres entre les professionnels de la PJJ, de l'ASE, de la pédopsychiatrie, de l'éducation nationale et des associations œuvrant dans le domaine de la protection de l'enfance sont effectuées dans le département du Nord afin d'examiner les situations complexes (avec difficultés d'ordre social, éducatif et thérapeutique) d'enfants relevant de ces divers services.
- [46] Des réseaux territoriaux de compétence (RTC) associant services de psychiatrie infanto-juvénile, magistrats, direction enfance famille (DEF) du CG 59, éducation nationale, gestionnaires d'établissements ont été créés pour trouver des solutions concrètes aux situations les plus complexes : selon la DEF, malgré l'existence de l'action n°33 du volet enfance-famille du SDOSMS 2007-2011, ces réunions ne parviennent pas à résoudre les situations individuelles en raison de l'absence de réelle capacité décisionnelle des représentants des diverses institutions participantes.
- [47] Une des solutions trouvées pour ces jeunes par la DEF est le placement dans une des 150 places d'un des établissements belges conventionnés avec le département du Nord : selon le type d'établissement, l'enfant étant ou n'étant pas reconnu handicapé psychique, la tarification est faite par la CRAM (établissements à caractère sanitaire) ou le CG 59 (établissements à caractère social). La DEF indique recourir aux établissements belges en raison d'une plus grande souplesse de leurs conditions d'accueil.
- [48] Une autre solution avait été envisagée (action n°35 du volet enfance-famille du SDOSMS 2007-2011) : la création d'un centre éducatif et de soins dans le cadre de la définition d'un projet commun au département du Nord, à la justice et à la psychiatrie infanto-juvénile, à destination des jeunes en grande difficulté et afin d'éviter « les placements inadéquats ou les hospitalisations injustifiées ». Mais ce projet n'a pas vu le jour.
- [49] L'intervention du SESSAD dans les foyers de l'ASE est inscrite dans le schéma départemental d'organisation médico-sociale (SDOMS) du département du Nord. Contrairement au département des Yvelines la direction enfance famille (DEF) du département du Nord n'a pu communiquer à la mission le nombre d'enfants relevant de l'ASE et reconnus handicapés. Elle reconnaît l'inexistence d'identification d'une politique départementale en faveur des enfants handicapés confiés à l'ASE. Lors du déplacement de la mission dans le département du Nord un représentant d'une association gestionnaire d'établissements et services médico-sociaux du Valenciennois a indiqué que pour 60 enfants suivis dans les 3 SESSAD de cette association il y avait autant d'enfants en liste d'attente, avec des délais d'attente de 2 à 3 ans entraînant d'importantes difficultés de scolarisation faute d'accompagnement adéquat.
- [50] La direction du dispositif ITEP de l'ADNSEA (*cf. supra*) signale l'existence de places non pourvues de fait de la méconnaissance par la MDPH de leurs nouvelles habilitations et de notifications qui ne parviennent plus aux établissements mais aux familles.
- [51] Il existe un partenariat entre l'ADNSEA et la MDPH, l'ASE, le secteur sanitaire et l'éducation nationale : une convention est prévue avec la MDPH pour que l'orientation soit faite non sur telle ou telle habilitation d'un des ITEP mais sur le dispositif.
- [52] Les conventions ITEP/EN permettent une mise à la disposition des établissements de personnels enseignants avec création d'unités d'enseignement mais les postes d'enseignant ne sont pas toujours pourvus (ITEP de l'ADNSEA).

### **5.3. Dynamiques locales intéressantes identifiées**

#### **5.3.1. Le dispositif ITEP ADNSEA**

- [53] Ce dispositif dispose dans la région lilloise de 6 ITEP dont 4 pour les enfants moins de 12 ans et 2 pour les enfants de 12 ans et plus avec sur chaque site la mise en œuvre d'un projet thérapeutique, éducatif et pédagogique.
- [54] 261 enfants sont pris en charge avec un régime d'accueil diversifié (internat, semi-internat, SESSAD)
- [55] Objectif : stopper le processus handicapant des jeunes accompagnés. L'autisme, les psychoses graves et les retards intellectuels avérés font l'objet de « contre indications ».
- [56] Accompagnement de 3 ans en moyenne avec dans 80 % des cas un retour en famille.

#### **5.3.2. L'hôpital de jour du service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille**

- [57] Cet hôpital de jour offre 12 places autorisant une prise en charge simultanée de 60 enfants, la plupart d'entre eux venant dans la structure deux demi-journées par semaine. L'enseignant (instituteur spécialisé) assure des activités pédagogiques et un travail de liaison avec les écoles fréquentées par les enfants.
- [58] Il existe dans cet hôpital de jour une « unité du soir » créée il ya 3 ans et ouverte entre 16h et 18h/19h, sans rendez vous et sans limitation de places, aux adolescents qui sont en crise après une journée qui a été pour eux difficile.
- [59] Des places d'accueil de nuit peuvent être également proposées (à partir des places d'hospitalisation temps plein du service) pour quelques adolescents.

#### **5.3.3. Le projet IPPEA du CHRU de Lille**

- [60] Ce projet vise à créer un institut de formation à la psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de l'adolescent du Nord Pas de Calais
- [61] Il présente un double intérêt :
- offre de soins psychothérapeutiques pour les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques sévères relevant d'une prise en charge longue et intensive ;
  - réponse à une demande de formation de professionnels de la santé, notamment d'internes en psychiatrie, pouvant contribuer à retenir les pédopsychiatres formés dans la région Nord Pas de Calais, compte tenu d'une densité de psychiatres très inférieure à la moyenne nationale dans cette région.
- [62] Les soins seraient délivrés par un CMMP expérimental, adossé à un CMMP géré par l'association ALEFPA (CMPP Decroly, Lille) tandis que la formation, validée par un diplôme universitaire DU, relèverait de l'université (CHRU de Lille).
- [63] A l'heure actuelle ce projet innovant n'a pu débuter, notamment en raison d'une absence de financement des demi-postes de psychologue et de psychiatre hospitalier nécessaires au démarrage du projet.

### 5.3.4. Le partenariat entre le FAM des Piérides et l'EPSM de Lille Métropole

- [64] Le FAM Les Piérides de Linselles (Nord) de l'association APEI Roubaix Tourcoing a conclu dès sa création en 2007 une convention avec l'EPSM Lille dans une logique de donnant/donnant.
- [65] La convention signée entre le FAM Les Piérides et l'EPSM de Lille Métropole prévoit :
- les modalités d'intervention du secteur : suivi des personnes connues du secteur admises au FAM et des personnes non connues du secteur (réalisé par les médecins référents psychiatre avec rendez vous possible à la demande du FAM), accueil sans délai au CMP (en 2009, 88 rendez vous sur 2 secteurs), hospitalisation en milieu spécialisé de tous les résidents issus ou non du secteur (le bilan 2009 pointe la réactivité du secteur pour les hospitalisations demandées par le FAM, suite à un passage à l'acte ou à la demande de l'intéressé, et une baisse significative de la durée moyenne d'hospitalisation en psychiatrie de 355 jours en 2007 à 120 en 2009), intervention en foyer en fonction du projet de soins du résident décidé conjointement, temps de réunion régulier entre les deux équipes de professionnels (au début 2 fois par semaine puis 1 fois tous les 15 jours ou à la demande), temps d'observation clinique sous forme de stages croisés sur l'unité d'hospitalisation (formation des personnels du FAM, accompagnant traditionnellement des malades mentaux, à une meilleure connaissance du handicap psychique ainsi qu'à la gestion des situations d'agressivité et de violence) ;
  - la contribution du FAM qui réserve 6 places sur 40 pour des personnes orientées par la MDPH et qui étaient suivies par le secteur.
- [66] Au-delà du bilan chiffré, les équipes sanitaires et médico-sociales ont donné, lors de la table ronde, leur perception.

#### Témoignages de pratiques professionnelles

C'est une expérience riche et dense qui n'est pas toujours de tout repos. Nous pouvons dire qu'un tel partenariat fonctionne mais avec certaines conditions.

Il y a toujours eu une volonté politique, et sur le terrain, que ce partenariat perdure.

Il y a une réelle rencontre culturelle entre deux secteurs. Nous avons appris dans un premier temps à nous connaître et à nous reconnaître, entre professionnels des deux secteurs. Les regards portés sur les personnes peuvent être croisés, complémentaires, opposés. L'essentiel est qu'il y ait toujours une volonté de dialogue et d'échanges pour comprendre la logique de l'autre, ce qui a toujours été le cas depuis le début du partenariat.

Il y a nécessité de fixer un cadre clair et précis des modes de relation ainsi que la volonté de conserver ce cadre quelles que soient les situations et de l'inscrire dans le temps.

*Source : Table ronde en présence de la mission*

### 5.3.5. Le GEM « Amitié et Partage » de Lille

- [67] L'association d'usagers « Amitié et Partage », adhérente à la FNAPSY, a été créée en 2005 après une première rencontre des usagers en octobre 2004.
- [68] Elle dispose d'un local totalement équipé avec un jardin privatif, ouvert du lundi au samedi tous les après midi de 14h à 18h30 (19h le samedi). Le mercredi, une plage horaire vient d'être ouverte dès 10h.
- [69] Il propose des activités de loisirs et d'entraide et son but est « *de redonner confiance et autonomie aux usagers désireux de reconquérir leur liberté, leur autonomie, leur citoyenneté, une place dans le monde du travail et l'obtention d'un logement* ».
- [70] L'adhésion des membres de 26 euros vient compléter la subvention versée par l'ARS. Certaines activités peuvent exiger une participation financière supplémentaire des adhérents.

- [71] Ce GEM emploie deux salariés et a signé une convention de partenariat avec l'EPSM de Lille Métropole.
- [72] Il compte, en 2010, 50 adhérents dont près de 25 % d'hommes. Sur les 2 639 personnes reçues au cours de l'année 2010, près de 10 % n'étaient pas adhérents. Un suivi des fréquentations est assuré par jour et mois.
- [73] Une charte de bonne conduite est signée par chaque adhérent.

## Annexe 3 : Comparaisons internationales

### 1. LES EXPERIENCES DE PROMOTION DE LA PAIR-EMULATION

#### 1.1. *Des expériences à l'étranger montrent les modalités potentielles de la participation des usagers aux processus de soins et d'accompagnement*

- [1] Notion *a priori* extérieure au monde de la psychiatrie, la participation dans les processus de soin et d'accompagnement des patients des usagers infiltre de plus en plus le champ de la santé mentale, à travers les concepts de rétablissement (recovery), de pair-aidant, d'auto-support, ou d'éducation thérapeutique des patients. Entraîné par de petites expériences aux Etats-Unis au cours des années 80, ce mouvement fait l'objet aujourd'hui d'un développement certain mais aussi de vives discussions théoriques sur les apports d'une telle participation.<sup>4</sup>
- [2] Parmi les initiatives très remarquées, on retrouve l'expérience québécoise « Pair-aidant réseau ». Dans son plan d'action ministériel pour la période 2005-2010 intitulé « Plan d'actions en Santé mentale : la force des liens », le ministère de la santé et des services sociaux du Québec a préconisé parmi ses objectifs prioritaires l'embauche de pairs aidants dans les équipes de suivi<sup>5</sup>. Deux associations, l'association québécoise pour la réadaptation psychosociale et l'association des personnes utilisatrices de services de la région de Québec ont reçu mandat du ministère pour élaborer une stratégie visant à promouvoir l'embauche de pair-aidants dans les services de santé mentale, et développer des outils de formation et de soutien pour les pair-aidants et pour les milieux d'embauche de ceux-ci, stratégie qui a pris corps dans le dispositif « Pair-aidant réseau ».
- [3] Depuis 2008, « Pair-aidant réseau » a permis de former une vingtaine de personnes par an, bénéficiant récemment d'un programme de formation continue de l'Université de Laval (Québec)<sup>6</sup>. Offert par deux travailleuses sociales vivant avec des troubles psychiques, cette formation s'inspire d'exemples américains et s'étale sur 112 heures d'enseignements soit 10 jours de formation. L'enseignement développe notamment la description des étapes dans le processus de rétablissement, le rôle du pair-aidant et ses outils d'intervention ainsi que les droits et recours en santé mentale.
- [4] Parmi les expériences étrangères que la mission a pu observer lors de ses investigations, c'est le développement des lieux d'accueil communautaire dit « Clubhouse » qui a attiré l'attention.

<sup>4</sup> Rhizome, Novembre 2010, Bulletin national santé mentale et précarité, Incontournables savoirs profanes dans l'évolution des métiers d'aide et de soin.

<sup>5</sup> <http://www.aqrp-sm.org/projets/pairs-aidants/leprogramme/historiquemission.html>

<sup>6</sup> Nathalie Lagueux, La formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs, in Rhizome, , Incontournables savoirs profanes dans l'évolution des métiers d'aide et de soin, Novembre 2010

### 1.2. *Les prémices de la participation des usagers en France*

- [5] Le « Programme National Médiateurs de Santé/pairs »<sup>7</sup>, engagé par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS, Lille) et la FNAPSY (Pluriel) sur la période 2010-2013, et financé par la CNSA vient mettre en lumière, après l'essor remarquable des GEM depuis 2005, le développement en France des dispositifs donnant pouvoir aux usagers de la psychiatrie. L'exemple québécois a particulièrement influencé la mise en œuvre de ce projet. A Marseille, site pilote du programme, 4 médiateurs de santé pair en santé mentale ont déjà été recrutés dans le cadre d'une équipe mobile de l'AP-HM / Médecin du Monde entre 2005 et 2010.
- [6] D'autres modèles sont en cours de développement en France poussant encore un peu plus loin les modalités d'application du principe de participation des usagers. C'est l'exemple du mouvement de « psychiatrie citoyenne » qui a trouvé, à travers « la Maison des sources » à Besançon, de l'association *les invités aux festins*, sa première traduction pratique. Ce lieu de vie héberge en permanence des personnes handicapées psychique leur permettant un soutien mutuel quotidien et une gestion autonome. Par ailleurs, le modèle des « Club House » devrait gagner en visibilité en France suite à l'ouverture d'un premier lieu d'hébergement à Paris avec l'association Cap cités.

### 1.3. *Questionnements autour de cette participation*

- [7] Si la pair-émulation est reconnue comme un outil favorisant une rupture avec les représentations totalement incapacitantes du handicap, et une prise de conscience des personnes handicapées sur leurs possibilités de participation au sein de la société, des questions restent en suspens sur cette participation. On observe notamment de nombreux débats sur le risque de confusion des rôles, les difficultés d'intégration des pair-aidants dans les équipes en évitant leur stigmatisation, ou encore les questions autour de leur statut et de leur formation.

## 2. **DESINSTITUTIONNALISATION ET SOINS DANS LA COMMUNAUTE AU PRISME DES DIFFERENTES PRATIQUES NATIONALES**

### 2.1. *Le soutien de l'Union européenne en faveur de la désinstitutionnalisation*

- [8] Le sujet de la désinstitutionnalisation dans l'accompagnement et le soin des personnes handicapées psychiques, au profit de pratiques exercées « dans la communauté » pour reprendre la traduction anglaise, (ce qui recouvre en France les soins en ambulatoire et la prise en charge à domicile pour le volet social) fait l'objet d'études approfondies de la part de l'Union européenne. Mouvement engagé dans de nombreux pays européens depuis les années 70<sup>8</sup>, l'inscription des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans la cité et leur accès garanti à des soins et à l'accompagnement de proximité est devenu un objectif politique majeur de l'Union européenne.
- [9] Le récent rapport du groupe d'experts indépendants convoqués par le commissaire à l'emploi, aux affaires sociales et à l'égalité des chances en 2009<sup>9</sup> confirme cette orientation, en faisant l'analyse des principaux défis et principes de bases communs à adopter ainsi qu'en établissant une liste de recommandations à destination des pays membres et de la commission.

<sup>7</sup> Claude Finkelstein, Jean Luc Roelandt et Nicolas Daumerie, Le programme des médiateurs de santé-pairs développés par le Centre collaborateur de l'OMS, in Pluriel, Nov-Déc 2010,

<sup>8</sup> Meideros, Mc Daid, Knapp, and the group MHEEN Shifting care from hospital to the community in Europe : economic challenges and opportunities

<sup>9</sup> Rapport du groupe d'experts ad hoc sur la transition des soins en institution aux soins de proximité, septembre 2009

- [10] Condition du respect de droits fondamentaux comme la liberté, la dignité ou l'égalité, l'accès à des services de proximité, dans la cité, pour les personnes handicapées, est fortement promu dans ce rapport. Les « soins en institutions », entendus de manière large, y sont jugés de manière très critique : ce sont tous les soins en établissement lors desquels « les bénéficiaires sont tenus à l'écart de la société entière ou sont contraints de vivre ensemble », où les « bénéficiaires ne disposent pas d'un contrôle suffisant sur leur vie et sur les décisions qui les concernent » et où « les exigences de l'organisation elle-même tendent à passer avant les besoins individualisés des bénéficiaires ».
- [11] Deux récents rapports<sup>10</sup> permettent d'éclairer la situation sur le sujet en Europe, bien que ces chiffres souffrent du manque de partage d'informations et d'une comparabilité discutable. Il y aurait ainsi en Europe au moins 800 000 adultes handicapés vivant en institution et 180 000 enfants, (+239 000 personnes non classées). Une autre étude indique que concernant les enfants, ils seraient 150 000 dans l'ensemble de l'UE à vivre dans des établissements de soins les hébergeant.
- [12] Au titre de ses recommandations, la mission a trouvé particulièrement intéressant que ce rapport puisse conseiller d'utiliser les fonds structurels européens comme le fond social européen (FSE) ou le Fond européen de développement économique rural (FEDER) pour participer aux financements de la construction de centres de soins de proximité en matière de santé mentale. D'autre part, le soutien aux « prestataires de soins informels », les aidants familiaux, est identifié comme prioritaire pour reconnaître le rôle majeur qui leur est confié dans cette transition vers des soins de proximité. Enfin, on peut souligner l'importance donnée dans ce rapport à la formation des personnels qui doivent disposer de « qualifications appropriées » pour les soins de proximité, reposant sur le « partenariat, des attitudes inclusives et une approche interdisciplinaire ».

## 2.2. La trajectoire de certains pays

- [13] La mission a souhaité étudier, à partir d'entretiens et de la littérature disponible, le choix historiques et politique opérés sur le thème de la désinstitutionnalisation. Si l'on peut voir que les objectifs sont largement partagés entre ces pays, les modalités de mise en œuvre diffèrent. Dans chacun de ces pays, les réflexions actuelles portent sur la mise en place d'une prise en charge individualisée (principe du « case management »), favorisant la participation des usagers à leur processus de soins et d'accompagnement dans le cadre d'un logement personnel et autonome.

### 2.2.1. Italie

- [14] Le système psychiatrique italien est un des plus connus dans le monde du fait de l'application de la loi 180, dite « loi Basaglia » en 1978 qui, en déclarant la fin des hôpitaux psychiatriques et la promotion d'un système communautaire de prise en charge, fait toujours figure d'exemple. La mise en place de cette réforme s'est faite progressivement jusqu'à la fermeture du dernier hôpital psychiatrique à la toute fin des années 90.
- [15] Malgré une application nationale de la loi 180, le développement de services alternatifs communautaires de prise en charge des pathologies psychiques est planifié au niveau des 20 régions. Cette division des responsabilités est à l'origine de vraies différences de forme et de fond dans l'application du principe de sortie des hôpitaux psychiatriques soulignées dans la littérature<sup>11</sup>. Le changement constitutionnel de 1999 a encore accru le transfert de compétences en matière de planification et de gestion du système de santé au profit des conseils régionaux.

---

<sup>10</sup> J. Mansell, M.Knapp, J.Beadle-Brown, J. Beecham, La désinstitutionnalisation et les services de proximité coûts et résultats : Rapport d'étude européenne, Volume 1 et 2, 2007, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.

Et Etude des membres d'EUROCHILD, Children without parental care, Juin 2009, 1ère édition

<sup>11</sup> A. Fioritti, Development of Community Mental Health Services : The Case of Emilia-Romagna Italian Region

- [16] Les moyens consacrés à la psychiatrie pour les enfants et les adultes représentent 5 % des ressources du système de santé national. Alors que ce système s'appuie sur 206 unités sanitaires locales ayant une autonomie certaine dans les domaines de la planification, du management et de l'évaluation sanitaire, chacune de ces unités comprend un département spécialement dédié à la santé mentale (Dipartimento di Salute Mentale) prenant en charge sur une base unifiée tous les services de prise en charge de la maladie mentale : les centres communautaires de santé mentale (Community mental health centers-CMHS), les hôpitaux et centre de réhabilitation de jour, les unités psychiatriques des hôpitaux généraux (Servizio Psichiatrico di Diagniso e Cura), et les résidences non hospitalières de moyenne et longue durée.
- [17] Dans cette nouvelle organisation, ce sont les centres communautaires de santé mentale (CMHS) qui forment le cœur du programme d'intégration des personnes handicapées psychiques dans la cité, en accueillant dans chaque région les 9/10ème des patients handicapés psychiques. Une étude nationale effectuée en 2005-2006, (Etude PROG-CSM) souligne que ces centres regroupent les expertises des psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, thérapeutes psychosociaux, et infirmières pour assurer la coordination des acteurs et la continuité du soin et de l'accompagnement social. Dans ces centres, le temps de soins avec les psychiatres et les infirmières représente environ 60 % du temps d'activité, tandis que 30 % du temps est consacré aux actions de réhabilitation psychosociale et 10 % à l'accompagnement social pur et familial<sup>12</sup>.
- [18] Le système italien se singularise par le fait que cette volonté d'inscrire le soin hors des grands hôpitaux psychiatriques en Italie est la politique nationale unique depuis 30 ans sur le sujet de la santé mentale, s'inscrivant dans une temporalité et une intensité différentes des expériences d'autres pays, bien qu'elle soit aussi marquée par une application différenciée selon les régions italiennes. Les exemples régionaux comme celui de l'Emilie Romagne montre que les allocations de ressources des secteurs sanitaires et sociaux entre 1978 et aujourd'hui se sont largement inversées, les dépenses pour les aides aux logements des personnes handicapées psychiques étant dorénavant 3 fois supérieures à l'ensemble du financement pour le secteur sanitaire, privé et public<sup>13</sup>.
- [19] Le modèle des coopératives sociales est aussi souvent mis en valeur dans le modèle Italien. Ces coopératives emploient des personnes en situation de handicap, notamment psychique et permettent d'offrir du travail adapté à ces personnes dans des domaines comme l'agriculture, l'entretien des espaces verts, l'assainissement, la typographie. Les coopératives s'appuyant sur une proportion d'au moins 30 % de personnes en insertion (handicapés physiques et psychiques, des patients psychiatriques, des toxicomanes, des détenus bénéficiant de mesures alternatives ou des adultes marginaux) peuvent légalement prendre le statut de coopérative sociale dite d'insertion. Malgré le fort développement de ces coopératives d'insertion (une progression de 10 % par année, 24 000 sur les 267 000 associés des coopératives sociales sont des personnes en insertion), nous ne disposons d'aucuns chiffres sur les effets sur l'emploi des personnes handicapées psychiques, ni sur l'effet de l'obligation d'emploi pour les entreprises classiques.

### 2.2.2. Allemagne

- [20] L'Allemagne s'est dotée au début du 20ème siècle d'institutions de prise en charge des maladies mentales financées par l'État et dont le fonctionnement était souvent laissé à la charge de groupes confessionnels.<sup>14</sup> Après la seconde guerre mondiale et dans le mouvement de redéfinition des pouvoirs du niveau fédéral et des Lands, la question de la prise en charge des malades mentaux devenait du ressort principal du niveau fédéral qui finance alors la construction et le fonctionnement des grandes institutions psychiatriques, au détriment des soins dans la communauté financés par les autorités locales.

<sup>12</sup> A.Lora, *An overview of the mental health system in Italy*, Ann 1<sup>st</sup> Super Sanità, Vol 45, N°1, 5-16

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> J. Mansell, M.Knapp, J.Beadle-Brown, J. Beecham, *La desinstitutionnalisation et les services de proximité -coûts et résultats : Rapport d'étude européenne*, Volume 1 et 2, 2007, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent.

- [21] Le début des années 70 est un tournant dans l'organisation de la prise en charge de la santé mentale, comme dans les autres pays européens. A la suite de la publication d'une grande enquête nationale en 1975 (« die Psychiatrie Enquête »), le mouvement de désinstitutionnalisation s'accélère fortement. C'est aussi dans ces années que les critiques contre les crimes commis sous le régime nazi à l'encontre des personnes enfermées en hôpitaux psychiatriques émergent véritablement, renforçant cet élan public contre les établissements psychiatrique.
- [22] Cette enquête faisait notamment de multiples recommandations au profit d'un soin prodigué dans les centres en ville, d'un système coordonné et articulé avec un accompagnement social fort. Ces objectifs repris dans un rapport national en 1988 ont permis l'ouverture d'un grand nombre de services de proximité même si le nombre de patients pris en charge dans le long terme au sein des hôpitaux psychiatriques reste aujourd'hui encore important, de l'ordre de 20 000. La trajectoire empruntée par l'Allemagne décrite ici se rapproche particulièrement de la situation française : une promotion de la désinstitutionnalisation sans décision radicale de fermeture de ces établissements, qui implique la persistance aujourd'hui d'un grand nombre de personnes y étant prises en charge
- [23] Les difficultés dans le processus de désinstitutionnalisation sont aussi issues de l'émiettement des acteurs et d'une difficile coordination. Le système organisant la prise en charge de la santé mentale en Allemagne, politique comme administratif ou associatif, reste aujourd'hui particulièrement fragmenté<sup>15</sup>. Le pouvoir du gouvernement sur cette politique est limité à la détermination d'un cadre légal au sens large, orienté vers certains objectifs de fond comme financiers très généraux.
- [24] La prise en charge du handicap psychique fait l'objet de nombreux débats actuellement en Allemagne, où les positions sont influencées par les discussions ayant trait au sujet de la dépendance et au développement d'une prise en charge privée<sup>16</sup>. D'autre part, la ratification en 2009 par l'Allemagne de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées de décembre 2006<sup>17</sup> est source de profondes modifications au plan national. Un débat important porte en particulier sur la question de la scolarisation des enfants handicapés que la convention souhaite voir se décliner uniquement dans des établissements de droits communs, alors que la quasi-totalité des enfants en situation de handicap en Allemagne effectuent leur scolarité dans des établissements spécialisés. Certains Länder, niveau en charge des questions d'éducation en Allemagne, ont commencé à mettre en œuvre ces principes, comme la Bavière qui devrait modifier sa législation au profit d'une intégration de tous les enfants dans des écoles ordinaires<sup>18</sup>. La référence aux textes internationaux en Allemagne est fréquente<sup>19</sup>, dans le cadre de la mise en place de certaines politiques publiques mais aussi de certaines décisions juridiques. Alors que la Constitution allemande (l'article 3 notamment, selon lequel « nul ne doit être discriminé en raison de son handicap ») est jugée trop floue pour pouvoir être invoquée devant les cours nationales, le justiciable allemand se réfère très fréquemment au droit communautaire et notamment aux directives européennes sur le sujet de la lutte contre la discrimination<sup>20</sup>.

---

<sup>15</sup> HJ Salize, W Rössler, T Becker, Mental health care in Germany: Current state and trends European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience Volume 257, Number 2, 92-103

<sup>16</sup> Entretien téléphonique avec Dr Bernd Schulte,

<sup>17</sup> Texte intégral : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

<sup>18</sup> Article du Sonntagsblatt, du 23 mars 2011

[http://www.sonntagsblattbayern.de/news/aktuell/2011\\_23\\_03\\_01.htm](http://www.sonntagsblattbayern.de/news/aktuell/2011_23_03_01.htm)

<sup>19</sup> Entretien téléphonique avec Dr Bernd Schulte,

<sup>20</sup> Directive 2000/78/CE, du 27 novembre 2000, portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

### 2.2.3. Angleterre

- [25] Le cas de l'Angleterre permet de mettre en valeur un pays qui a choisi plus tôt que les autres une sortie de la prédominance des hôpitaux psychiatriques. Un rapport de la commission royale nationale dès 1957 recommanda le développement de différents services de soins, financés par les autorités locales, pour la prise en charge des troubles psychiatriques légers. Le pic de population accueillie en hôpital psychiatrique est atteint en 1955 avec 150 000 personnes, alors que les critiques sur ces établissements mais aussi les progrès des traitements disponibles vont faire largement baisser ce chiffre par la suite. En Angleterre, au-delà du débat sur les mauvais effets thérapeutiques d'un accueil de long terme en établissement psychiatrique, ce sont différents scandales sanitaires et éthiques qui vont renforcer les prises de position en faveur de la désinstitutionnalisation. Les mauvais traitements des patients comme le manque de formations des personnels et les erreurs de management permet assez tôt dans l'agenda du ministère de la santé, le développement de services résidentiels de qualité pour les personnes ayant des troubles psychiatriques.
- [26] Les rapports disponibles montrent aussi que cette politique de désinstitutionnalisation, véritablement engagée au début des années 70 en Angleterre oscille au départ entre le maintien en hôpital psychiatriques pour du long terme de certains patients et la sortie des autres jugés « capables » vers des solutions de logement en milieu ordinaire. Ce n'est qu'au bout d'une dizaine d'année que le principe du logement dans la cité pour tous est accepté.
- [27] Si le développement de services permettant d'intégrer les personnes dans la cité est principalement le fait du travail des professionnels, on constate en Angleterre la place importante prise par les initiatives issues des personnes en situation de handicap. Le modèle du ClubHouse inspiré de l'exemple emblématique du Fountain House de New York, fondé en 1948, a eu un écho rapide dans ce pays, et on a pu observer des initiatives visant, à partir des années 80 à une mise en commun des allocations accordées aux personnes handicapées pour créer un service ou des projets partagés.
- [28] Dans ses derniers développements, la politique anglaise de prise en charge des personnes en situation de handicap mental et psychique s'est appuyée sur un programme intitulé « Care Programm Approach », mis en œuvre dès 1991, puis réformé régulièrement. Cette approche s'inspire de la démarche de « Case Management » citée supra, qui correspond à la coordination des services et ressources permettant une intégration des personnes dans la communauté grâce au travail d'un coordinateur en charge d'évaluer les besoins de la personne, puis d'établir, de suivre voire réviser un plan de compensation individuel. Clé de voute de la politique nationale de désinstitutionnalisation, ce programme a eu pour principale conséquence de créer un véritable fil rouge de la prise en charge avec ce coordonnateur. Celui-ci facilite alors les révisions régulières du plan de compensation de la personne, en évaluant ses besoins en termes de soins et/ou d'accompagnement social.

### 2.3. Cadrage national

- [29] On peut considérer que La France, par l'intermédiaire d'une organisation en réseau s'appuyant sur le « secteur psychiatrique » (mis en place par la circulaire de Mars 1960) s'est placée assez tôt sur le thème de la désinstitutionnalisation. Le secteur psychiatrique a pour mission de coordonner et délivrer l'ensemble des soins et des services sanitaires et sociaux pour une prise en charge globale des besoins, et son développement est largement influencé par le mouvement de désinstitutionnalisation<sup>21</sup>. Cette politique de secteur permet en effet de construire un soin au plus proche du domicile et des lieux de vie des patients.

---

<sup>21</sup> M. Coldefy, P.Le Fur, V. Lucas-Gabrielli, J.Mousquès, Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, in Questions d'économie de la santé n°145, Aout 2009

- [30] Les auteurs soulignent cependant que cette forme de désinstitutionnalisation est spécifique par rapport aux expériences des autres pays européens car la politique de secteur « ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie mais pour son « dépassement », les hospitalisations et leurs alternatives faisant partie d'un système de prise en charge unifié et complémentaire ». La position française était donc d'éviter la fermeture définitive des grands hôpitaux psychiatriques. En outre, le constat de pratiques très différentes selon les secteurs dans le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein montre que la désinstitutionnalisation n'est pas totale<sup>22</sup> : les secteurs ont des niveaux d'activité ambulatoire (en CMP, en psychiatrie de liaison, ou en interventions dans les établissements médico sociaux et à domicile) très différents, les niveaux de développement des alternatives à l'hospitalisation sont ainsi assez inégaux sur le territoire lorsque l'on regarde les taux d'équipements en CMP, CATTP, ateliers thérapeutiques mais aussi les dotations en personnel et les conditions d'accessibilité (horaire et jours d'ouverture).

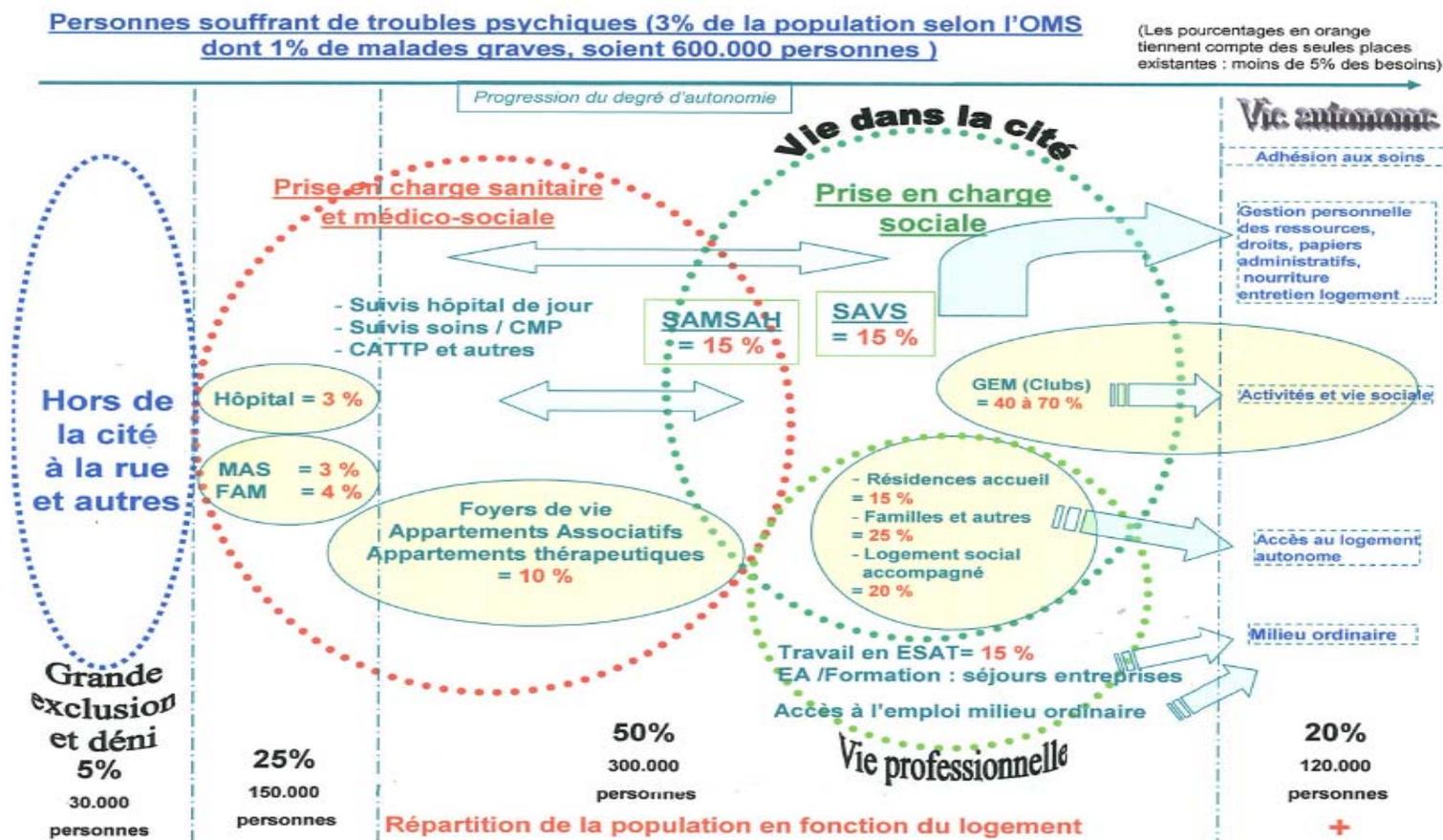
---

<sup>22</sup> Ibid.



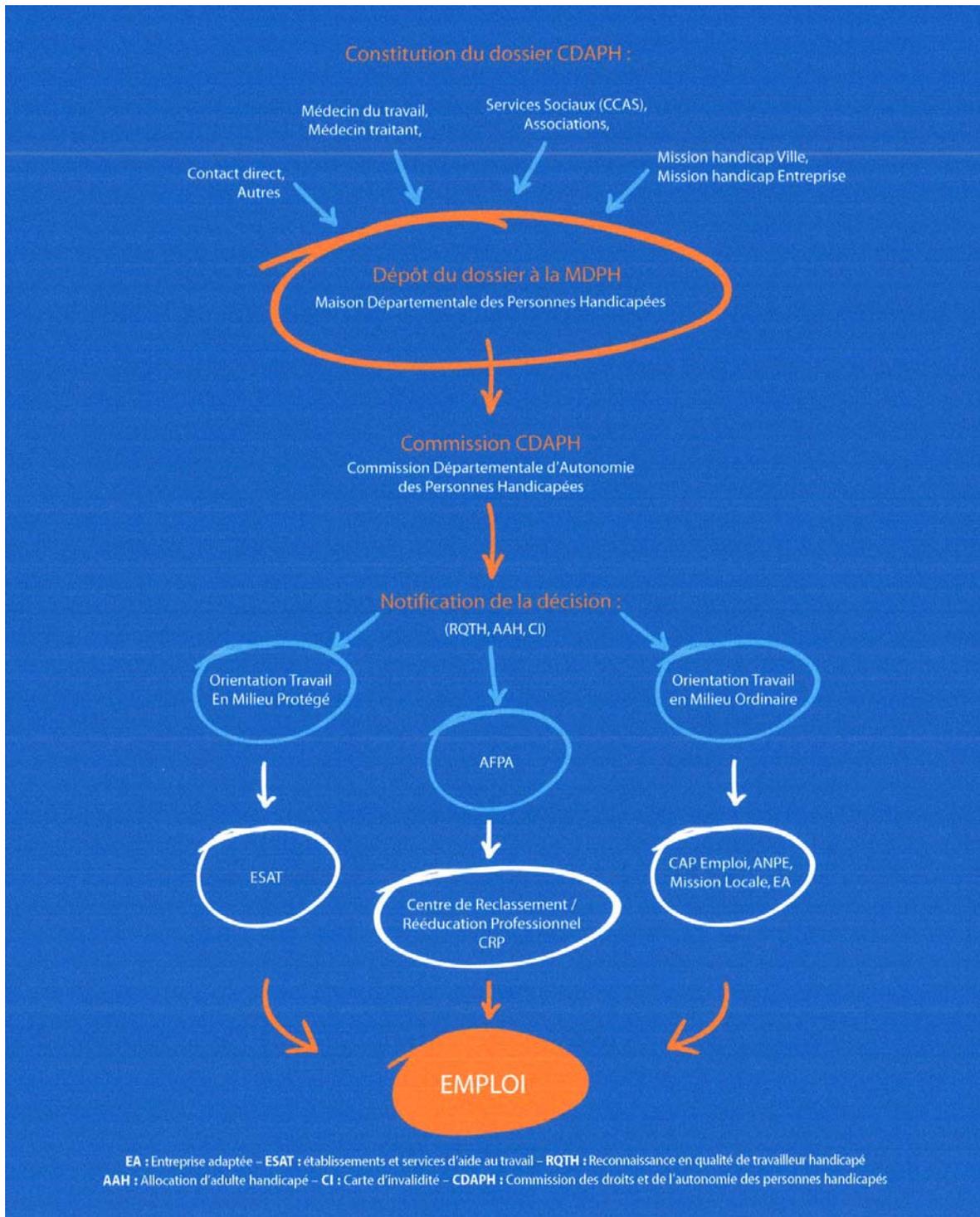
## Annexe 4 : Divers schémas sur les parcours et les partenaires

Schéma 1 : Répartition de la population souffrant de troubles psychiques en fonction du logement



Source : UNAFAM

Schéma 2 : Schéma du parcours d’insertion des travailleurs handicapés



Source : Guide Handicap psychique et emploi – DDTEFP des Hauts de Seine

Schéma 3 : Les ressources et acteurs sur lesquels s'appuyer pour permettre l'insertion professionnelle

Intitulé des prestations	Objectifs	Bénéficiaires	Prescripteurs	Prestataires
<b>Évaluation des capacités dans le cadre du projet professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluer l'écart entre les capacités de la personne et l'emploi en milieu ordinaire de travail.</li> <li>✓ Apporter des pistes concernant la stratégie à mettre en œuvre dans le cadre du parcours professionnel.</li> </ul>	DE <sup>9</sup>	Cap Emploi, ANPE, Missions locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Club Arhim</li> <li>✓ Œuvre Falret</li> <li>✓ Centre Alexandre-Dumas</li> <li>✓ COTRA</li> </ul>
<b>Appui à l'élaboration ou la validation du projet professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permettre à la personne de se projeter dans un projet professionnel tenant compte de ses capacités.</li> <li>✓ Définir ou valider le projet professionnel de la personne.</li> </ul>	DE	Cap Emploi, ANPE, Missions locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Club Arhim</li> <li>✓ Œuvre Falret</li> <li>✓ Centre Alex.-Dumas</li> <li>✓ Appui</li> <li>✓ Centre Robert-Buron</li> </ul>
<b>Appui au parcours professionnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dynamiser la personne dans le cadre de sa recherche d'emploi.</li> <li>✓ Faciliter la phase d'intégration du salarié dans son emploi.</li> </ul>	DE	Cap Emploi, ANPE, Missions locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Club Arhim</li> <li>✓ Appui</li> </ul>
<b>Appui au maintien dans l'emploi</b>	<p><b>– Phase d'évaluation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluer l'écart entre les capacités de la personne et l'emploi en milieu ordinaire de travail et ses possibilités de conserver un emploi au sein de l'entreprise.</li> <li>✓ Apporter des pistes concernant la stratégie à mettre en œuvre afin de permettre le maintien dans l'emploi.</li> </ul> <p><b>– Phase d'accompagnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permettre à la personne de se projeter dans un projet professionnel au plus près de la réalité de sa situation psychosociale, de ses difficultés et de ses capacités à se mobiliser.</li> <li>✓ Accompagner la mise en place du projet défini.</li> <li>✓ Favoriser l'adaptation et l'intégration du bénéficiaire dans le cadre de son environnement professionnel.</li> </ul>	Salarié	Cap Emploi, SAMETH <sup>10</sup> , médecin du travail.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Club Arhim</li> <li>✓ Appui</li> <li>✓ Emergence</li> </ul>
<b>Insertion par l'économique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Permettre à la personne de retrouver ou de découvrir les repères de la vie en entreprise, ses réalités, ses contraintes, ses objectifs économiques.</li> <li>✓ Permettre une intégration progressive en milieu ordinaire de travail.</li> </ul>	Niveau Bac et plus	Cap Emploi, ANPE, services spécialisés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ SOTRES</li> <li>✓ L'envol</li> <li>✓ Treize Voyages</li> </ul>

<sup>9</sup> Demandeur d'emploi.<sup>10</sup> Service d'aide au maintien dans l'emploi (PDITH).Source : *Guide Handicap psychique et emploi – DDTEFP des Hauts de Seine*



## Annexe 5 : Les dépenses de prise en charge du handicap psychique

- [1] L'absence d'études permettant d'estimer précisément le nombre de personnes en situation de handicap psychique en France complique fortement l'élaboration de statistiques sur ce handicap, sur le plan financier notamment. Alors que les difficultés conceptuelles pour mesurer le nombre de personnes handicapées et leur degré de handicap étaient déjà nombreuses à l'ère de la Classification internationale du Handicap (CIH) adoptée par l'OMS en 1980, le passage en 2000 à une classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), insistant sur le rôle des interactions entre les déficiences des individus et les facteurs environnementaux a sans doute encore complexifié le processus, et « conduit à renoncer aux illusions d'un dénombrement incontestable de l'ensemble de la population handicapée à partir de la population générale ».<sup>23</sup> Souvent cité, le chiffre de 1 % de la population provient d'estimation épidémiologique dont nous ne pourrions préciser l'origine exacte.
- [2] On observe dans la littérature deux angles différents de construction statistique : certains décomptes prennent pour point de départ le nombre de personnes prises en charge en psychiatrie à partir de comptages statistiques aisément consultables (les données sur les personnes fréquentant des établissements psychiatriques ou, pour les personnes vivant à domicile, ayant un suivi psychique régulier, ou d'autres indicateurs, comme la mise sous tutelle pour raisons psychiques), tandis que d'autres prennent appui sur les conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.
- [3] C'est ce dernier angle méthodologique, visant à saisir les conséquences au quotidien de la maladie psychique qui semble le plus pertinent si l'on se rapporte à la définition de la CIF. L'enquête H-I-D, unique exemple disponible d'une statistique agrégée s'appuyant sur cette méthode est cependant révélatrice des difficultés importantes accompagnant cette méthode. Parmi la quarantaine de questions portant sur les actes de la vie quotidienne de l'enquête, quelques-unes ont été spécifiquement prévues pour mesurer les conséquences des troubles psychiques, mais leur rédaction « ne pouvait totalement garantir qu'elles soient exclusivement attribuables à des troubles psychiques, qu'il s'agisse du fait d'adopter des attitudes agressives, de se mettre en danger ou de ne pas toujours être en mesure de s'orienter dans le temps ou dans l'espace »<sup>24</sup>.
- [4] Aussi, il faut noter qu'en se situant dans le champ de la nosographie psychiatrique, de la santé mentale, ou dans celui de l'épidémiologie du handicap, les recueils de données se heurtent toujours à la question de l'instabilité des troubles ou de leur manifestation<sup>25</sup>. Dans le cas des troubles psychiques qui ont pour conséquence d'influer notablement sur la perception de soi et de ses capacités, l'évaluation individuelle des situations de handicap psychique, ne peut se faire qu'à travers des évaluations dynamiques, s'étalant dans le temps comme le montre un rapport du Cédias-Ancreai<sup>26</sup>.

<sup>23</sup> M. Cuenot et P. Roussel, De la difficulté de quantifier le handicap psychique : des classifications aux enquêtes, Revue Française des Affaires sociales 1/2009 (n° 1-2), p. 65-81

<sup>24</sup> idem

<sup>25</sup> Vivre avec un handicap psychique à domicile : une approche statistique par les arrangements pratiques, Jean Sébastien Eidelman, in Revue Française des Affaires Sociales, 2009/1-2 (n° 1-2), 256 pages

<sup>26</sup> Le handicap d'origine psychique et l'évaluation des situations, J.Y Barreyre, Y.Makdessi et C.Peintre, Cédias-Délégation Ancreai Ile de France, 2009, [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=613](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=613)

- [5] Cette annexe permet, à partir des investigations de la mission et de la littérature disponible, de faire un état des lieux des montants du financement de la prise en charge du handicap psychique entendue au sens large. Alors que des études médico-économiques, dont il sera question pour une partie seulement de cette annexe, permettent d'approcher plus précisément les coûts et l'efficacité d'une prise en charge particulière, la mission a préféré établir une estimation financière de la prise en charge sur un champ très large, en soulignant les défis financiers que pose la prise en compte récente du handicap psychique.

## **1. LES ETUDES ECONOMIQUES SUR LA PRISE EN CHARGE DANS LE SANITAIRE DES PATHOLOGIES MENTALES**

### ***1.1. Outils de mesure et périmètre de l'activité en psychiatrie***

#### **1.1.1. Aucun outil statistique consolidé ne permet d'évaluer clairement les dépenses en psychiatrie**

- 1.1.1.1. Les informations disponibles sur l'activité psychiatrique sont variées mais occultent l'aspect financier

- [6] Un certain nombre d'outils statistiques permettent de construire une évaluation du secteur psychiatrique dans son fonctionnement. Ces systèmes d'information sont variés et donnent une information différente selon les objectifs recherchés<sup>27</sup>. Certains permettent ainsi de connaître les pratiques des producteurs du soins, c'est le cas des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie (RAS) ou de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) dont la réforme en 2006 a permis d'ajouter un bordereau spécifique d'évaluation de l'activité en psychiatrie. D'autres décrivent les caractéristiques des patients pris en charge dans la psychiatrie, et c'est le cas du recueil d'information spécialisé en psychiatrie (RIM-psy) notamment, mis en place au 1er janvier 2007 suite à un arrêté du 29 juin 2006.
- [7] L'ensemble de ces outils permettent d'apporter une connaissance approfondie de l'activité des établissements et des professionnels exerçant en psychiatrie, voire même d'apporter des précisions sur les modalités d'accueil et de fonctionnement des secteurs de psychiatrie (L'enquête RA-psy initiée par la DRESS sur l'activité 2008 de l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie a visé un champs large en donnant des informations sur les capacités et les personnels, la spécificité de l'offre par établissement (soins sans consentement, prise en charge des populations spécifiques,...) et les modalités de coopération avec le médico-social).
- [8] Des développements récents de certains systèmes d'information comme le RIM-Psy ou le recueil de données à caractère social ont apporté une plus-value majeure sur la connaissance des patients traités et leur caractéristique sociale.
- [9] Mais malgré ce constat d'une amélioration de l'information disponible dans l'évaluation de la psychiatrie, on constate qu'aucun outil formalisé ne permet d'aborder la question de l'évaluation financière des moyens engagés dans ce domaine.

---

<sup>27</sup> L'actualité des sources statistiques en psychiatrie, Magaly Codefy, [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/santementale\\_actualite-stat-psy.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/santementale_actualite-stat-psy.pdf)

1.1.1.2. L'outil de Valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) pourrait permettre, à condition de respecter les spécificités de l'activité psychiatrique, une meilleure évaluation des dépenses

- [10] La refonte du modèle de financement devrait améliorer l'évaluation financière de la prise en charge de la maladie mentale. Des travaux sont en cours pour permettre l'alignement du financement des établissements autorisés en psychiatrie sur les autres activités hospitalières dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), régies par la Tarification à l'activité (T2A). La mise en place de l'outil de « valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP) grâce à la refonte des différentes sources de données évoquées plus haut (RA-Psy, RIM-Psy et SAE) et du guide de la comptabilité analytique des établissements hospitaliers doit permettre de créer un véritable outil de valorisation économique de l'activité en psychiatrie. Le système actuel d'allocations des ressources, fondé sur une dotation global reconductible corrigée d'un taux d'évolution annuel est jugé trop aveugle sur le sujet de l'évaluation. Malgré tout, et prenant en compte les recommandations établies par d'autres rapport de l'IGAS<sup>28</sup>, la mise en place de cette VAP devra relever de nombreux défis pour respecter les spécificités de la pratique psychiatrique. Les différences de pratique médicale entre deux patients en psychiatrie étant beaucoup plus forte qu'en MCO, la fixation d'un tarif standard est ainsi beaucoup moins aisée par exemple.

**1.1.2. Le périmètre de la prise en charge sanitaire de la maladie mentale à prendre en compte dans les études de coût est large**

- [11] Pour bien comprendre l'évaluation des coûts de la prise en charge sanitaire de la maladie mentale, une rapide introduction au système de soin applicable à ces pathologies est nécessaire. Celui ci se répartit en effet entre des soins de ville (1) et des soins hospitaliers (2), auquel il faut ajouter des dépenses liées à des consultations auprès de certains professionnels thérapeutes non conventionnés par l'Assurance Maladie (C'est le cas des psychothérapeutes, des psychanalystes et des psychologues cliniciens privés) (3). Si les soins de ville et les soins hospitaliers sont intégrés, de manière globale pour toutes les pathologies, dans les consommations de soins et biens médicaux (CSBM)<sup>29</sup>, ce n'est pas le cas des dépenses liées aux thérapeutes, dont la consultation est largement fréquente dans le cas de la pathologie mentale.

- Les dépenses de soins de ville recensées dans la CSBM se décomposent ainsi :

- 1) Les consultations de professionnels du secteur libéral conventionnés, essentiellement les psychiatres conventionnés
- 2) Les consultations des professionnels des Centres Médico Psychologique (CMP)
- 3) Les médicaments achetés en officine sur ordonnance
- 4) Les coûts de transport vers les centres de soins et de consultation, remboursés pas la sécurité sociale
- 5) les soins prodigués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes)
- 6) Les examens biologiques effectués dans des laboratoires d'analyse

<sup>28</sup> Rapport IGAS sur la Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie, Strohl, Bastianelli, Laurand, Planes-Raisenaer.

<sup>29</sup> Les CSBM dont détaillées chaque année dans les comptes nationaux de la santé établis par la DREES. En 2009, les CSBM atteignent 175,7 Mds d'euros, soit 9,2% du PIB. Elles intègrent les soins hospitaliers, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, thermalisme), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petit matériel et pansements).

- Les dépenses de soins hospitaliers repris dans la CSBM intègrent les coûts d'hospitalisation au sein des établissements suivants :

1) Des établissements généralistes (établissement de soins aigus, établissement des soins de suite et de réadaptation notamment). Les coûts liés à la prise en charge des pathologies mentales sont alors isolées des dépenses totales, grâce au Programme Médicalisé des Systèmes d'Information national (PMSI)
2) Des établissements spécialisés en psychiatrie, avec les centres hospitaliers spécialisés (CHS), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), et les hôpitaux de jour ou de nuit, les établissements publics non sectorisés, et également les cliniques psychiatriques privées. Dans le cas de ces établissements spécialisés dans la psychiatrie, les budgets de fonctionnements sont pris dans leur globalité pour établir les coûts de la prise en charge des maladies mentales, faisant l'hypothèse que leur activité tout entière s'oriente uniquement vers la prise en charge de ce type de pathologie

- Les dépenses liées à la consultation de professionnels non conventionnés :

[12] Des psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes, trois professions non comptabilisées dans la CSBM mais dont le rôle dans la prise en charge de la maladie mentale est important, il n'y a que pour les psychologues cliniciens privés que l'on dispose d'éléments statistiques détaillés sur leur activité clinique. La valorisation des actes relatifs à la maladie mentale de ces professionnels reste complexe puisque les psychologues pratiquent des honoraires libres, et peuvent avoir des taux d'activité très variés.

## 1.2. Deux études estiment le coût de la prise en charge dans le sanitaire autour de 14 Milliards d'euros

### 1.2.1. Une première estimation produite par le rapport sur « la prise en charge psychiatrique en France »<sup>30</sup>

[13] S'appuyant principalement sur la ventilation des comptes nationaux par grand type de pathologie fournie par la DREES et l'IRDES depuis les années 2000, le rapport du sénateur Milon donne dans les grandes lignes, la répartition du financement global des soins psychiatriques. Évaluant les dépenses directes de soins en rapport avec les pathologies psychiatrique autour de 14,6 milliards d'euros, il situe la dépense pour les soins hospitaliers publics et privé à 10,8 milliards d'Euros (78 % du total) et la dépense pour les soins de ville à 3,8 Milliards d'euros. Parmi les conclusions du rapport, il est souligné que les CHS représentent la moitié des dépenses hospitalières.

- La décomposition des 14,6 Milliards d'euros que représente la prise en charge psychiatrique :

Soins de Ville : Environ 3,8 Mds d'€		Soins hospitaliers : Environ 10,8 Mds d'€	
Secteur Public : 8,9 Mds Psychiatrie 0,66 Mds en MCO 0,48 Mds en SSR 0,13 Mds en USLD	Secteur Privé : 0,55 Mds en Psy 0,02 Mds en MCO 0,1 Mds en SSR	Médicaments : 1,7 Mds	Honoraires psychiatres : 0,7 Mds
		Transports : 0,2 Mds	Honoraires médecins généralistes : 1 Mds
			Autres soins de ville : 0,2 Mds

Source : *La Psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe, rapport rédigé par Alain Milon, sénateur, Avril Mai 2009*

<sup>30</sup> La Psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe, rapport par Alain Milon, sénateur, Avril Mai 2009, rapport n°1701, Assemblée Nationale, n°328 Sénat

### 1.2.2. Une étude réalisée par l'Unité de Recherche Clinique éco île de France <sup>31</sup>

[14] Entre septembre 2008 et Juin 2009, une étude réalisée par l'URC éco idf avec la collaboration de la Fondation Fondamental et de l'IRDES<sup>32</sup> a établi une estimation du coût de la prise en charge des maladies mentales dans le sanitaire proche de celle du rapport du sénateur Alain Milon. La dépense est ainsi estimée dans le sanitaire à 13,5 Mds d'euros, soit 8 % de la CSBM.

- La répartition des coûts, plus précise que dans l'étude précédente, se présente ainsi :

Soins de Ville : 4, 743 milliards d'euros		Soins hospitaliers : 8,279 milliards d'euros		Soins auprès de thérapeutes non pris en compte par les CSBM : 363,7 millions d'euros
Médecins	1016 millions d'euros: dont 444 pour l'activité des omnipraticiens, 563 pour l'activité des psychiatres libéraux, et 9 millions pour l'activité des autres spécialités médicales (infirmiers psy libéraux?)	le secteur MCO	890,7 millions d'euros	L'équipe de recherche de l'URC eco, en faisant différentes hypothèses sur l'activité des psychologues et en retenant un scénario intermédiaire conclue à un coût global actualisé pour 2007 de 363,7 millions d'euros.
Auxiliaires médicaux	239,83 millions d'euros	le secteur SSR	360 millions d'euros	
Analyses de biologie	107 millions d'euros	l'hospitalisation psychiatrique	7028,4 millions d'euros	
Transports médicaux	184 millions d'euros			
Médicaments prescrits	2179 millions d'euros			
Consultations ambulatoires du secteur psychiatrique	1017 millions d'euros			

### 1.3. Mise en perspective de ces estimations

#### 1.3.1. La part théorique des dépenses sanitaires de prise en charge du handicap psychique dans l'ONDAM

[15] Bien que certaines études tentent de comparer ces données sur les dépenses sanitaires de prise en charge du handicap psychique avec d'autres pathologies, la mission trouve ces rapprochements peu pertinents puisque les modalités de prises en charge induites par les caractéristiques des maladies sont trop différentes. Les estimations présentées plus haut (environ 14 Mds€) montrent cependant l'ampleur des dépenses, qui représente théoriquement 9,6 % de l'addition de l'« ONDAM établissement de Santé » fixé à 70,9 Mds et des « dépenses de soins de ville » fixé à 75,2 Mds€ par la LFSS 2011. D'autres études citées plus bas corroborent cette estimation<sup>33</sup>.

<sup>31</sup> URC éco IDF

<sup>32</sup> Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, 2009

<sup>33</sup> Études de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas, in Questions d'économie de la santé Irdes n° 143. Juin 2009 Heijink R. (RIVM), Renaud T. (Irdes)

### 1.3.2. Une comparaison complexe et partielle des coûts de prise en charge dans le sanitaire des troubles du psychisme dans 5 pays

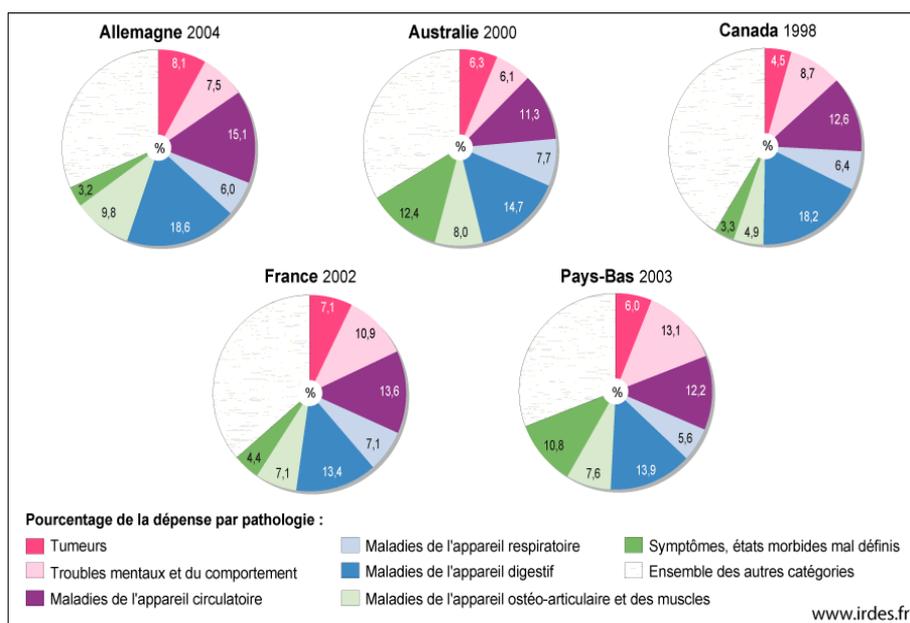
- [16] Dans une étude de l'IRDES<sup>34</sup> dont les résultats étaient consultables en juin 2009, les chercheurs établissent, malgré la difficulté des comparaisons internationales sur les évaluations économiques des dépenses de santé, un panorama des coûts par pathologies dans cinq grand pays occidentaux (Allemagne, Australie, Canada, France Pays-Bas). Dans chaque cas, à l'exception de l'Australie, la catégorie des troubles mentaux et troubles liés aux comportements est identifiée parmi le trio de tête des pathologies les plus coûteuses dans leur prise en charge. La répartition des dépenses comparées dans ce graphique s'appuie sur le champ des dépenses hospitalières, médecins libéraux, dentistes et médicaments.
- [17] Cette comparaison des dépenses par pathologies dans ces 5 pays s'appuient sur la production de comptes nationaux de la santé, ventilés par grand type de pathologie grâce à la Classification internationale des maladies 10e révision (CIM 10) de l'OMS. Selon une méthode dite descendante (Top-Down<sup>35</sup>), ces pays produisent une répartition par pathologie de l'ensemble des dépenses de soins et de santé (l'équivalent de la CBCM nationale) en utilisant des données administratives (le PMSI en France) et des données d'enquêtes sur l'activité médicale. La production de ces comptabilités nationales des dépenses de santé reste malgré tout hétérogène dans les périmètres choisis et un travail de reventilation, selon les catégories de la nomenclature internationale mis en ouvre par l'OCDE, le SHA (system of Health Accounts) a été nécessaire pour effectuer le travail de comparaison.
- [18] Sur la catégorie des troubles mentaux et du comportement qui nous intéresse particulièrement, cette étude révèle deux faiblesses à prendre en compte. D'une part, elle rassemble une catégorie trop large de pathologies, du psychisme mais aussi mentales. D'autre part, les quatre postes de soins retenus dans la comparaison (soins hospitaliers, de médecins libéraux, de dentistes et médicaments) ne couvrent qu'une partie de la dépense en soins et biens médicaux ce qui conduit à la non-prise en compte d'une part substantielle des dépenses de soins pour des pathologies dont la prise en charge se fait à domicile, comme c'est le cas pour de nombreuses pathologies relatives au handicap psychique. Aussi, les dépenses de santé spécifiques aux troubles mentaux ne sont que partiellement comptées dans cette comparaison présentée puisqu'elle n'inclut que 55 % de celle-ci pour l'Allemagne et 48 % pour les Pays-Bas.

---

<sup>34</sup> idem

<sup>35</sup> « L'approche 'Top-Down' consiste à partir des coûts nationaux totaux pour l'ensemble des pathologies et à les répartir entre les différents pathologies. L'approche « Bottom-up », à partir d'un échantillon de patients, reconstitue les coûts pour une pathologie particulière et procède à une extrapolation sur la base des données de prévalence. » in La Psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe, rapport par Alain Milon, sénateur, Avril Mai 2009, rapport n°1701, Assemblée Nationale, n°328 Sénat

Schéma 4 : Comparaison des coûts par pathologie



### 1.3.3. Dépenses prise en charge hospitalières et ambulatoires

[19] Les études médico-économiques, qui permettent de comparer les coûts de différents types de prise en charge en prenant en compte aussi leur efficacité, sont rares sur le sujet. Menée entre 1993 et 1997, l'étude médico-économique PLUTON<sup>36</sup> a permis de recueillir les coûts par patient et d'étudier les effets de la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique sur les modes de prises en charge et leurs coûts. Dans cette étude sur l'activité des secteurs, ce sont l'ensemble des coûts directs qui sont pris en compte, d'abord les charges directes et médicales (coût en personnel médical et non médical, produits et matériel médical et liés aux activités socio-thérapeutique). L'étude montre de façon logique que plus la dépendance sociale corrélée à la pathologie est importante, plus la prise en charge coûte chère. L'exemple des coûts comparés pour deux personnes ayant la même pathologie du psychisme illustre ce constat, une personne atteinte de troubles psychotiques sans emploi coûtant 2 fois plus cher qu'une personne atteinte des mêmes troubles, mais avec un emploi.

[20] Aussi, de fortes corrélations sont trouvées dans cette étude entre les coûts de prise en charge et certaines variables sociologiques. En moyenne, les hommes coûtent 50 % de plus que les femmes. L'âge des patients semble aussi avoir un effet significatif puisque les plus de 35 ans coûtent 2,5 fois plus chers que les moins de 35 ans. Par ailleurs, il est noté que la condition matrimoniale est une variable significative puis les personnes vivant en couple seraient beaucoup moins coûteuses que les célibataires.

<sup>36</sup> Reprise et exploitée dans son article résultats de l'évaluation médico-économique d'un secteur de psychiatrie (1995-1997) JL Roelandt fournit des conclusions intéressantes à cette étude

## 2. LE COUT DE LA PRISE EN CHARGE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL

### 2.1. *Périmètre et financements du secteur médico-social et social*

[21] Le financement de la prise en charge dans les secteurs médico-social et social se répartit entre 4 acteurs principaux :

- L'assurance maladie pour le financement des établissements médico-sociaux à dominance de soin, au titre desquels on retrouve la quasi totalité des établissements de prise en charge du handicap psychique chez l'enfant (ITEP, IME, IM-pro, CMPP, CAMSP,...) mais aussi les MAS, le financement des parties soins des autres établissements médico-sociaux comme les FAM, et enfin le versement complet ou pour part de quelques allocations comme l'AJPP ou l'AEEH. Dans la majorité des cas, c'est l'enquête Production d'Information Synthétisées Medico-Social (PRISMES) qui donne le coût moyen à la place installée pour ces établissements.
- L'État finance, à coté de l'AAH, de nombreux établissements de prise en charge sociale comme les ESAT, les entreprises adaptées, mais aussi les CHRS ou d'autres dispositifs expérimentaux comme l'initiative « un chez soi d'abord » via le BOP 177 qui s'adresse particulièrement aux personnes vulnérables.
- La CNSA, qui dépense sur ses fonds propres (CSA et 0,1 % de la CSG) 309 millions d'euros au titre de la prise en charge collective des personnes handicapées et 574 millions d'euros au titre des aides individuelles aux personnes handicapées (PCH) et au titre du fonctionnement des MDPH. La CNSA finance aussi une partie de l'AEEH et les GEM, dont le financement est transféré en 2011 aux ARS. En parallèle, la CNSA gère les crédits médico-sociaux de la branche maladie de la sécurité sociale pour financer les établissements et services médico-sociaux destinés aux personnes âgées et handicapées. Enfin, la CNSA gère au-delà de crédits de fonctionnements, des crédits d'investissements très importants. Dans le cadre du programme pluriannuel de création de places en établissements et services 2008-2012<sup>37</sup> la CNSA prévoit la création de 3750 places nouvelles de SAMSAH et de 2000 places de MAS et FAM spécifiquement destinées au public souffrant de handicap psychique dans le cadre d'un budget total de 1,25 Milliards d'euros.
- Les conseils généraux enfin, qui participent largement au financement de la prise en charge du handicap psychique, à travers le financement d'allocations comme la PCH et l'APA concernant pour partie les personnes handicapées psychiques de plus de 60 ans, au titre de l'aide sociale départementale, mais surtout à travers différents établissements et service médico-sociaux (FAM, SAMSAH, SAVS, Foyer occupationnel, Foyer de vie...). La difficulté dans le décompte des financements des conseils généraux au titre du handicap psychique réside dans l'absence de système d'information donnant le détail des prestations. C'est donc à partir des budgets de fonctionnements et des budgets de personnels des établissements de prise en charge de la population handicapée au sens large qu'est retiré, selon une méthode Top Down, une estimation du coût de la prise en charge des personnes handicapées psychiques, en prenant en compte le nombre de personne handicapées psychiques et le coût estimé de la place dans chaque type spécifique d'établissements et services.

---

<sup>37</sup> Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012, CNSA, [http://www.cnsa.fr/article.php?id\\_article=607](http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=607)

- [22] L'enquête Établissements et service de la DREES<sup>38</sup> permet de connaître pour la très large majorité des établissements et services le nombre de bénéficiaires atteint de « déficiences psychiques ».
- [23] Cas particulier, les Groupe d'entraide mutuel (GEM), financés jusque 2011 par la CNSA pour un montant de 75 000 euros annuel, s'adressaient dans la pratique uniquement à des personnes en situation de handicap psychique.
- [24] Dans le cadre de la mesure des coûts dans les secteurs social et médico-social, on ne part pas d'un diagnostic ou d'une pathologie particulière, mais d'un type de handicap et de son degré. Dans ce cadre, et puisqu'aucun travail de recherche n'a été effectué pour opérer à une identification précise du handicap et de sa lourdeur pour le public accueilli dans le secteur médico-social, il est indispensable de revoir toute la nosographie, notamment pour écarter la population concernée par le handicap mental et reventiler les catégories liées au polyhandicap.

## 2.2. *Le coût des allocations compensatrices du handicap psychique*

- [25] L'évaluation du coût des allocations compensatrices du handicap psychique peut être établi à partir de différentes données, ainsi que le propose l'étude de l'URC éco idf<sup>39</sup>.
- [26] Dans un premier temps, on constate que la reconnaissance du handicap pour des altérations d'origine psychique par la MDPH ouvre droit au versement d'un certain nombre de prestations dont la liste est dressée et dont on peut recueillir le montant total<sup>40</sup>. Ensuite, c'est à partir de l'enquête Handicap-Incapacités et Dépendance (HID)<sup>41</sup> que l'on peut estimer, par déduction, la part du montant total attribuée spécifiquement aux personnes handicapées psychiques. Au vu de l'ancienneté de l'enquête HID, qui ne prenait pas en compte toutes les allocations existantes actuelles notamment, des hypothèses de réajustement ont été formulées<sup>42</sup>.
- [27] Dans le cadre d'une reconnaissance du handicap psychique par la MDPH, différentes allocations peuvent être attribuée à la personne :
- ✓ **Des allocations de garantie de ressources :**
    - L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), destinée à apporter une aide financière aux personnes handicapées, est attribuée sous conditions de ressources et peut, pour les allocataires ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 %, être majoré par deux compléments non cumulables : le complément de ressources qui ajouté à l'AAH, constitue la Garantie de ressources des personnes handicapées (GRPH) et la majoration pour la vie autonome (MVA) ;
    - la Garantie de Ressources aux Travailleurs Handicapés (GRTH), supprimée en 2005

<sup>38</sup> « Établissements et services pour adultes handicapés résultats de l'enquête ES 2006 et séries chronologiques 1995 à 2006 », Makdessi Y., avec la collaboration de Mainguené A., Documents de travail, DREES, série Statistiques, tomes 1 et 2, n° 141, janvier 2010

<sup>39</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>40</sup> via le décompte opéré dans les travaux de la DREES, en particulier, Le Compte sociale du Handicap en 2007, Alexandre BOURGEOIS et Michel DUÉE, disponible in Études et Résultat ,n°677, janvier 2009

<sup>41</sup> L'enquête HID (Handicap, Incapacités, dépendances) a été réalisée par l'INSEE entre 1998 et 2001.

<sup>42</sup>-pour l'AEEH et la PCH qui n'existaient pas au moment de l'enquête HID, on peut s'appuyer sur les deux allocations qu'elles remplacent respectivement, l'AES et l'ACTP pour lesquelles on fait l'hypothèse que le profil des bénéficiaires reste inchangé.

-Sur le profil des bénéficiaires des compléments de l'AAH et de l'AJPP pour lesquels il n'y a pas de données disponibles, des rapprochements sont effectués respectivement avec l'AAH et l'AEEH pour en déduire le pourcentage des situations liées au handicap psychique.

✓ **Des allocations de compensations des charges liées au Handicap :**

- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ;
- l'Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP) ;
- l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ;
- l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

▪ **RESULTATS :**

	Financeurs	Budget Total 2007, €	% de déficients psychiques	Budget imputé au Handicap psychique en M€
<b>Allocations de garantie de ressources</b>				
AAH et compléments	Etat	5351	29,1*	1557,14
GRTH	Etat	1190	18,9*	224,91
<b>Allocations de compensation de Charges</b>				
PCH et ACTP	Conseil Général	827	15,8*	130,67
AJPP	Assurance Maladie	54	0,25*	11,38
AEEH	Assurance Maladie/CNSA	627	12,5*	6,75
APA	Conseil Général	4555	12,5*	78,38
<b>TOTAL</b>		<b>2009,23</b>		

\* =Enquêtes HID Insee

Source : Tableau issu de *Coût de la pathologie mentale en France*, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

[35] Dans son enquête, l'URC Eco idf établit<sup>43</sup> ainsi une évaluation du coût des allocations versées au titre du Handicap psychique en 2007 à un montant 2,1 Mds d'euros, dont les ¾ sont constitués par le versement de l'AAH. Une autre étude de la DREES<sup>44</sup> a établi que pour 28 % des personnes recevant l'AAH, la déficience était d'origine psychique. Confirmant ainsi les chiffres utilisés dans l'enquête de l'URC Eco, l'estimation du coût des allocations versées au titre du handicap psychique en 2007 nous apparaît donc tout à fait pertinente.

### 2.3. Estimation des coûts de prise en charge en établissement

[36] Dans le cadre de l'accueil en établissement médico-social, le coût de la prise en charge doit aussi prendre en compte les restes à charges. Précisément, on peut pointer que dans le cadre des établissements financés pour tout ou partie par l'Assurance maladie, les personnes prises en charge doivent payer, dans une majorité des cas, un forfait hospitalier de 16 euros par jour.

<sup>43</sup> *Coût de la pathologie mentale en France*, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>44</sup> *Les demandeurs de l'AAH*, Elvire Demoly, in *Études et Résultats*, n° 640, juin 2008, [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=RFAS\\_091\\_0095](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAS_091_0095)

- [37] Pour l'accueil en établissement financé par les Conseils généraux comme les foyers d'hébergement, les foyers occupationnels et les foyers de vie, les foyers d'accueil polyvalent et temporaire ou expérimentaux, les usagers doivent s'acquitter d'une participation au titre de leurs frais d'hébergement et d'entretien, qui est déterminée par la commission d'admission à l'aide sociale, en fonction de certains revenus et dans le cadre de limites fixées.
- [38] Du fait de la grande diversité des restes à charges, une estimation exacte de la participation directe des ménages est très difficile. Dans son étude, l'URC éco idf<sup>45</sup> a réalisé une estimation qui s'appuie sur une contribution quotidienne de 16 euros pour chaque adulte résidant dans les établissements suivants (MAS, FAM, Etablissement d'Accueil Temporaire pour adulte handicapé, Etablissement expérimental pour adulte handicapé, Foyer de vie, Foyer d'hébergement, Foyer d'accueil polyvalent). Multiplié par le nombre de places installées pour ces établissements, le montant des restes à charges s'élève ainsi à 115,4 millions d'euros.
- [39] La part des budgets des établissements médico-sociaux consacré à la prise en charge du handicap psychique
- [40] En ce qui concerne l'estimation du budget imputable au handicap psychique des établissements financés par l'Assurance Maladie et l'Etat, le budget en 2007 serait proche de 560 millions d'€ pour les établissements accueillant des adultes handicapés, et de 1,5 Mds pour les établissements accueillants des enfants. La somme agrégée donne un budget proche de 2,1 Mds d'euros.
- [41] En agréant la part du budget des Conseils Généraux pour l'hébergement des personnes en situation de handicap psychique et la part du budget des dépenses de personnel des Conseils Généraux imputable au handicap psychique (il est calculé que le pourcentage moyen de personnes en situation de handicap psychique bénéficiaire de l'aide sociale départementale est de 16,4 %), l'étude de l'URC éco idf<sup>46</sup> donne une estimation du budget des conseils généraux pour l'accueil des personnes handicapées psychiques en établissement médico-social proche de 740 millions d'euros.
- [42] L'étude de l'URC éco idf<sup>47</sup> a associé les coûts imputables au handicap psychique dans le budget total des MDPH estimé par l'étude pour 2007 à 146 200 000 euros. Rapporté à la proportion dans la population générale des personnes en situation de handicap psychique selon l'enquête HID (11,2 %), le budget de la MDPH imputé au handicap psychique pour 2007 serait donc de 17 251 600 euros. On peut pour autant souligner que le budget global des MDPH pour 2008 est estimé par la CNSA et par le Sénat à 230 millions d'euros.<sup>48</sup>

#### ***2.4. Estimation des coûts agrégés dans les secteurs médico-social et social***

- [43] En associant les coûts liés aux allocations compensatrices du handicap psychique, et les coûts d'accueil en établissement médico-social, notamment pour les familles, ainsi que le poids économique de l'aide informels des aidants familiaux, l'étude de l'URC éco idf produit une estimation du coût de la prise en charge dans les secteurs social et médico-social s'élevant à 6,3 Milliards d'euros. Le découpage est illustré par le tableau suivant :

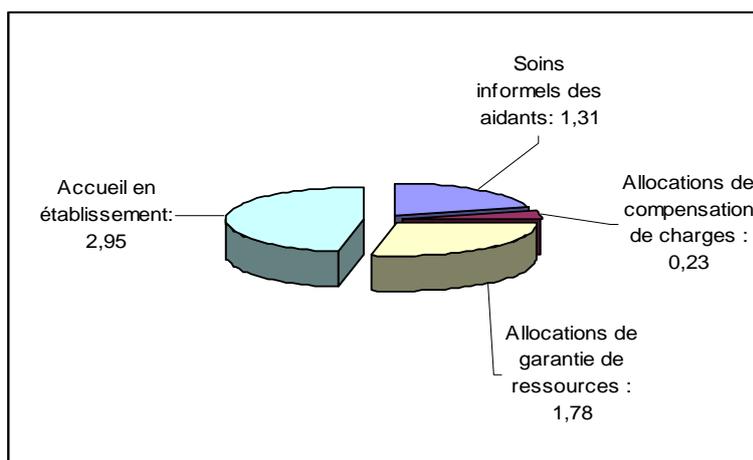
---

<sup>45</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>46</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>47</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>48</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009



Source : *Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009*

- [44] Cette estimation, associant les coûts des secteurs médico-social et social, souffre cependant de la non incorporation de certaines dépenses. On peut notamment citer l'absence des dépenses du secteur social à travers le BOP 177 exécuté par les DRJSCS par exemple.
- [45] En rapprochant, comme pour le secteur sanitaire, les dépenses estimées du secteur médico-social pour la prise en charge du handicap psychique (dépenses de prise en charge en établissement, soit 2,95 Mds€) avec l'ONDAM médico-social pour 2011 (15,2 Mds€) auquel on additionne le budget global des Conseils Généraux pour l'accueil des personnes handicapées en établissements (3,8 Mds€ en 2007<sup>49</sup>), on obtient une proportion théorique de 15,5 % des dépenses médico-social consacrée à la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique. En resserrant encore plus le champ de comparaison et ne prenant que les dépenses médico-social de l'Assurance Maladie en faveur de l'accueil des personnes handicapées (8 Mds€) et du Conseil Général, on obtient une proportion de 25 %.

### 3. LES IMPACTS SOCIO-ECONOMIQUE DES PATHOLOGIES MENTALES

- [46] Au-delà des coûts de la prise en charge dans les secteurs sanitaire, médical social et social du handicap psychique, il paraît intéressant de s'attarder sur les coûts invisibles de ce handicap en terme socio-économique.

#### 3.1. La catégorie des coûts indirects

- [47] Le rapport du Sénateur Milon *cité supra* souligne que les méthodologies utilisées pour réaliser des études de coûts des pathologies ou de la prise en charge des maladies mentales s'appuient sur 3 catégories de coûts :
- les « coûts directs médicaux » que nous avons mis en lumière dans la première partie sur le coût de la prise en charge sanitaire ; les « coûts directs non médicaux » que nous avons pu particulièrement explorer dans la seconde partie, à travers les coûts liés à l'aide sociale en général ;

<sup>49</sup> E.Clément, les dépenses d'aide sociale départementales, DREES, Etudes et Résultats, n°682, mars 2009

- les « coûts indirects » liés aux pertes de production issues des personnes en situation de handicap psychique, mais aussi des proches dans leur position d'aidants, et à la perte de qualité de vie. Ces coûts non médicaux et indirects se répartissent entre des coûts liés au temps de travail non réalisé à cause de la maladie (absentéisme temporaire ou permanent, baisse de la productivité au travail) et des coûts liés à la perte de temps de loisir à cause de la maladie, difficilement quantifiable.

### 3.2. *Les coûts liés à la perte de productivité au travail*

[48] L'estimation des coûts liés à la perte de productivité au travail du fait des altérations psychiques s'appuie sur la prise en compte de différents coûts particuliers :

- les coûts de présentéisme inactif (baisse de productivité lorsque la personne est au travail) ;
- les coûts d'absentéisme temporaire dans le cadre d'arrêt maladie ;
- les coûts d'absentéisme permanent pour les personnes invalides, inactif ;
- les coûts d'absence « absolue » due à la mortalité prématurée, par suicide dans le cas particulier de la maladie mentale ;
- les coûts dus à l'absence temporaire des proches, qui dans une majorité des cas, modifient leur activité professionnelle lorsqu'un des membres de la famille est en situation de handicap psychique. L'étude menée en 1991 par Martine Bungener<sup>50</sup>, soulignait ainsi que cette situation touche 28 % des familles. C'est la vie professionnelle, sociale, mais aussi la santé des proches qui est impactée par le handicap psychique d'un des membres de la famille.

[49] L'étude de l'URC éco idf<sup>51</sup> s'appuie sur le calcul des coûts mesurés pour l'absence temporaire et permanente des malades, et sur les coûts liés à l'absence temporaire des proches.

[50] En s'appuyant sur différentes enquêtes de l'INSEE sur les données françaises d'inactivité, de chômage et d'invalidité, en prenant compte aussi, qu'une partie de ces formes d'absences peuvent faire l'objet d'un choix de la part des personnes qu'il faut donc soustraire, l'étude évoque un nombre d'individus inactifs permanents à cause de leur maladie mentale en 2007 équivalent à 263 480 ETP. En s'appuyant sur les données d'une enquête de la CNAMTS cette fois<sup>52</sup>, il est établi que le nombre d'individus en arrêt pour maladie mentale correspond en 2007 à 208 159 individus ETP.

[51] En ce qui concerne l'absence temporaire calculée des aidants, l'URC éco idf estime comme cité plus haut à 100 558 le nombre d'aidants familiaux, dont 28 % modifient leur temps d'activité professionnelle, et consacrant en moyenne 12 heures par semaine au malade (une moitié de ce temps seulement étant pris sur le temps moyen de travail). Exprimée en ETP, l'absence temporaire des aidants est équivalente à 1003 ETP par an.

[52] Le cumul de ces ETP est valorisé par le salaire moyen chargé en France en 2007, de 44 142, 80 euros, ce qui implique un coût total de la perte de productivité lié à la maladie mentale de 20,045 Mds€ En termes de dépenses liées à la compensation de revenu, l'étude de l'URC éco idf estime que 8,6 % de la totalité des prestations liées à l'absentéisme (indemnités journalières), le chômage (indemnités chômage), l'invalidité (pensions d'invalidité) et l'inactivité (RMI/RSA) ont pour origine les maladies mentales.

<sup>50</sup> Trajectoires brisées, Famille captives. La maladie mentale à domicile. Pour la recherche. M Bungener, UNAFAM, Septembre 1997 Vol 14

<sup>51</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>52</sup> Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois, publication CNAMTS, Octobre 2004

- [53] Certaines études se sont intéressées, en marge de l'analyse des budgets de financements de l'assurance maladie, de l'Etat ou des conseils généraux, à l'estimation du coût, en terme de perte de bien être, des maladies mentales. Bien que s'appuyant sur de fortes hypothèses, notamment de valorisation de la notion et des volumes différenciés de bien-être, les chiffres fournis par ces études permettent d'abord une mise en perspective avec les dépenses formelles de prise en charge évoquées plus haut, et souligne, ensuite, l'intérêt d'une amélioration des services de prise en charge des personnes, services qui ont une incidence directe sur la qualité de vie des personnes en situation de handicap psychique.
- [54] En s'appuyant sur l'outil des QALY, et à partir de différents questionnaires sur les aspects de santé psychique en population générale et d'un calcul de la prévalence de troubles mentaux modérés ou important, l'étude de l'URC éco idf<sup>53</sup>, valorise la perte de qualité de vie liée à la pathologie mentale selon les catégories suivantes :

Population :	Valorisation de la perte de qualité de vie:
Adultes résidants en ménage ordinaire	58 ,81 Milliards €
Enfants résidants en ménage ordinaire	3,36 Milliard €
Personnes en institutions psychiatriques ou établissement médico-sociaux	1,74 Mds €
Population carcérale	0,49 Mds €
<b>TOTAL :</b>	<b>64,4 Mds €</b>

#### **4. L'EVALUATION ECONOMIQUE DE LA PARTICIPATION DES AIDANTS FAMILIAUX**

- [55] L'aidant familial a été récemment défini par le décret n° 2008-450 du 7 mai 2008 - art. 1 qui modifie l'article R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles. Cette personne, qui peut être le conjoint, le concubin, le pacsé, un ascendant, descendant ou collatéral de la personne, intervient auprès d'une personne dépendante dans les activités de la vie quotidienne pour partie ou totalement. Cette aide prend plusieurs formes à travers le soin, l'accompagnement, les démarches administratives, la veille, le soutien psychologique et les activités domestiques.
- [56] La place des aidants familiaux dans la prise en charge réelle des personnes en situation de handicap psychique est de tout premier ordre. Les aidants familiaux sont un chaînon de la prise en charge globale des personnes en situation de handicap, ils permettent de construire une continuité permettant d'éviter toutes les ruptures destructrices. Le choix de la désinstitutionalisation depuis les années 70 dans de nombreux pays a eu pour conséquence d'accroître encore plus l'importance de ces aidants familiaux.
- [57] Ce rôle d'accompagnement au quotidien a de grandes conséquences sur les aidants. D'une manière générale, on constate un fort retentissement sur leur santé et le bien être général de ces personnes, leur vie sociale et leur vie personnelle. Leur investissement auprès de la personne en situation de handicap psychique se fait dans de larges domaines d'intervention et dans la durée, une étude sur les besoins des aidants familiaux des personnes handicapées montrant que pour 45 % des aidants le font depuis plus de 10 ans<sup>54</sup>.

<sup>53</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009

<sup>54</sup> C.Lamy, C.Gilibert, C.Baranger, F. De Busscher, les besoins et attentes des aidants familiaux de personnes handicapées vivant à domicile, CREA Rhône-Alpes, étude réalisée à la demande du conseil général du Rhône, février 2009

- [58] La loi du 11 février 2005 et ses décrets d'application ont permis d'apporter une première réponse à la prise en compte du rôle des aidants familiaux dans sa dimension économique. En effet, le décret du 19 décembre 2005 autorise, sous certaines conditions à utiliser les sommes attribuées au titre de l'élément « aide humaine » de la PCH en autorisant, à différentes conditions, de salarier les aidants familiaux. En cas de dédommagement d'un aidant familial le tarif est égal à 3,43 € de l'heure ou 5,15 € de l'heure lorsque l'aidant familial, du fait de l'aide apportée, doit cesser ou renoncer totalement ou partiellement à son activité professionnelle. Bien que ce dédommagement familial ne puisse dépasser 884,39 euros par mois, le montant peut être majoré de 20 % (1061,27 €) si l'aidant familial stoppe son activité professionnelle, ou a une présence constante due à un besoin de soins et d'accompagnement dans tous les actes essentiels de la vie.
- [59] Dans son enquête l'URC Eco idf55 établit une estimation du coût des soins informels apportés par les aidants aux personnes en situation de Handicap psychique à 1,3 milliards d'euros en France en 2007. L'étude s'appuie sur un chiffre de 224 000 personnes en situation de handicap psychique, soit les 11,2 % des 2 millions de personnes handicapées comptabilisées comme tel par l'enquête HID de l'INSEE. 40 % des personnes en situation de handicap reçoivent une aide, à 87 % informelle. Au sein de ces personnes, 71 % sont aidées uniquement par 1 proche et 29 % par 2 proches, il y aurait ainsi en France selon cette étude 100 558 aidants de personnes en situation de handicap psychique en France. Valorisé à partir du salaire horaire moyen d'un aide soignant calculé à 20,80 euros par heure, les 12h hebdomadaire de travail auprès d'un proche en situation de handicap psychique porte le total des coûts des soins informels prodigués à 1,3 milliards d'euros en France en 2007.

---

<sup>55</sup> Coût de la pathologie mentale en France, URC éco idf, Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, 2009



## **Annexe 6 : Repérage des thématiques « Santé mentale et handicap psychique » dans les plans stratégiques régionaux de santé 2011-2015**

- [1] Les PSRS fixent, à partir d'un diagnostic précis et prospectif de l'état de santé de la population et de l'offre disponible, les orientations et les grands objectifs<sup>56</sup> de santé de la région et prévoient les articulations avec les autres acteurs institutionnels.
- [2] Le Conseil National de Pilotage (CNP) a identifié la santé mentale et le handicap, parmi les cinq domaines stratégiques des PSRS<sup>57</sup>.
- [3] La situation de handicap des personnes souffrant de troubles psychiques, à la rencontre des domaines de la santé mentale et du handicap, est un sujet de santé qui, rejoignant la conception pluridimensionnelle et territorialisée de la santé, au sens de la loi HPST, est porteur de transversalité entre les champs de la prévention, des soins, de l'accompagnement médico-social et social.
- [4] Aussi il est apparu intéressant à la mission de prendre connaissance des orientations inscrites dans les premiers PSRS et de repérer d'une part, la présence ou non des thématiques « santé mentale et handicap psychique », d'autre part, les objectifs retenus pour répondre aux besoins régionaux. Faute de cadre de rédaction commun, la comparaison des PSRS reste complexe et appelle certaines réserves méthodologiques ;

- les documents mis à disposition de la mission en juin 2011, par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, correspondent aux envois effectués par les ARS. De format et présentation variables, les versions disponibles reflètent un degré d'avancement inégal dans le processus d'élaboration et de concertation qui ne sont pas toujours précisés ;

- seuls 23 PSRS ont été fournis et exploités ;

- par convention, la mission s'est attachée à :

- assimiler les termes employés dans les PSRS d' « orientations, axes, priorités objectifs stratégiques,... » et à utiliser dans la présente note indifféremment « orientations » et « objectifs » ;
- repérer les orientations ou objectifs qui précisaient explicitement « santé mentale, handicap psychique, troubles psychiques ou psychiatriques, souffrance psychique,... » ;
- retenir, en synthèse des thématiques abordées, la terminologie la plus fréquemment employée dans les PSRS avec les limites que cela présente dès lors que certaines ARS peuvent intégrer dans une rubrique « accès aux soins », à la fois les sujets d'adaptation de l'offre, accueil en situation de crise, de fluidité du parcours et de prévention de la stigmatisation.

<sup>56</sup> « les objectifs fixés en matière de prévention, d'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels, et aux services de santé, de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins, de qualité et d'efficience des prises en charge, de respect des droits des usagers » - R. 1434-2 CSP.

<sup>57</sup> Les cinq domaines stratégiques des PSRS : handicap et vieillissement, risques sanitaires, périnatalité et petite enfance, maladies chroniques et santé mentale incluant la souffrance psychique, la question des addictions et la santé des jeunes – guide d'élaboration du PSRS-octobre 2010

- [5] Sans être exhaustive, cette synthèse permet de disposer d'une première vision d'ensemble. Ce panorama reflète d'une part, la diversité des perceptions et des niveaux d'appropriation antérieurs des sujets de la psychiatrie et du handicap psychique, d'autre part les disparités territoriales, mais aussi l'ampleur du sujet au regard du périmètre large arrêté par le CNP (« santé mentale incluant la souffrance psychique, la question des addictions et la santé des jeunes »).
- [6] La plupart des orientations, choix régionaux et angles d'approche retenus rejoignent les préoccupations identifiées par la mission lors de ses entretiens.

## 1. LES PSRS ONT INSCRIT LE THEME DE « SANTE MENTALE » EN...

- ✓ ... *reprenant les cinq domaines nationaux au titre des orientations régionales pour 13 ARS ;*

- [7] Celles-ci font explicitement référence à tout ou partie des cinq domaines stratégiques nationaux en identifiant, notamment, les orientations suivantes : « Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique », « Préserver la santé mentale », « Repérer et prendre en charge les signes de souffrance psychique en particulier pour les populations exposées à la précarité ; améliorer la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique » et « Réduire la morbi-mortalité prématurée évitable liée à la souffrance psychique ou aux conduites addictives », « Prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou autisme ».

- ✓ ... *déclinant, dans des orientations régionales transversales, des objectifs ciblés sur la santé mentale et le handicap psychique pour 7 ARS ;*

- [8] Ce sont entre un à trois objectifs qui sont précisés, majoritairement rattachés à des orientations de santé et non de handicap. A titre d'exemple, on relève : « Changer le regard sur les troubles mentaux et les souffrances psychiques à tous les âges de la vie, les repérer, et favoriser l'accès aux soins des personnes en souffrance psychique », « Promouvoir des actions de prévention dans le champ de la santé mentale », « Viser la réhabilitation psycho-sociale », « Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la personne ».

- ✓ ... *illustrant ponctuellement les orientations régionales pour 3 ARS ;*

- [9] Ainsi sont mentionnés : « les enfants hospitalisés en psychiatrie » au titre de l'accompagnement de proximité, « les troubles mentaux » parmi les publics pour lesquels la continuité des parcours est centrale, les « problématiques de troubles psychiatriques » au titre l'axe « diversifier et graduer les prises en charge ». Le handicap psychique est identifié par une ARS au titre de l'exigence d'écoute plus attentive des usagers et des consultations d'annonce « lorsque se confirme un handicap psychique afin que l'annonce du diagnostic ouvre aussi des perspectives d'accompagnement ». Une ARS renvoie la thématique Santé mentale à une fiche annexe.

## 2. LES ORIENTATIONS ET OBJECTIFS INSCRITS DANS LES PSRS AU TITRE DE LA SANTE MENTALE PORTENT SUR ...

- ✓ **... la promotion de la santé mentale, la prévention pour 18 ARS ;** les objectifs portent sur tous les publics quelque soit l'âge :
  - *« améliorer le repérage des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent et l'accès au diagnostic, accompagner les professionnels de première ligne dans le repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et les jeunes adultes et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance » ;*
  - *« prévention, repérage et prise en charge précoce de la souffrance psychique, des conduites addictives et des troubles psychiatriques : Promouvoir des programmes de renforcement des facteurs de protection contre la souffrance psychique et les conduites addictives en population générale. Renforcer et pérenniser les programmes de prévention primaire et de repérage précoce de la souffrance psychique et des troubles mentaux à tous les âges de la vie, des conduites addictives en direction des populations vulnérables » ;*
  - *« favoriser le repérage et la prise en charge des difficultés psychologiques des femmes en "ante" comme en "post" partum » et « mettre en place des structures de pilotage coordonnées par territoire pour prévenir, dépister et prendre en charge les problématiques de santé mentale, intégrant l'addictologie » ;*
  - *« développer la prévention des risques psycho-sociaux en milieu de travail, en lien avec les principaux acteurs : DIRECCTE,... ».*
  
- ✓ **l'accès aux soins ou aux structures de prise en charge pour 10 ARS dont certaines ont ciblé les situations d'urgence ;**
  - *« promotion d'un dispositif de soins accessible, gradué et territorialisé » à travers « décrire et faire connaître l'offre de prise en charge territoriale en santé mentale et dans le champ des addictions et développer les structures de soins adaptées aux besoins des usagers du territoire, notamment des populations vulnérables » ;*
  - *« rapprocher l'offre et l'usager : Organiser un dispositif efficient de prise en charge graduée en santé mentale et garantir l'accès » ;*
  - *« améliorer la réponse aux situations de crise dans le domaine de la santé mentale : optimiser le circuit de l'urgence, faire mieux connaître le circuit de l'urgence et améliorer la coordination et l'accompagnement dans la phase de post crise » ;*
  
- ✓ **la coordination des acteurs et le partenariat pour 10 ARS ;** dont 3 citent explicitement les partenariats avec l'éducation nationale, les services de la justice ou de l'aide sociale à l'enfance ;
  - *« améliorer la coordination des acteurs, la continuité, la qualité et l'adéquation de la prise en charge somatique et psychiatrique, sociale et médico-sociale, de la souffrance psychique et de la maladie l'ensemble du parcours de vie du patient, en partant de ses besoins et de ses attentes » ;*
  - *« développer les coordinations transversales dans le domaine de la santé mentale » ;*

- « *décloisonnement et coordination effective entre les acteurs intervenants dans le champ de la santé mentale, des addictions et de la santé des jeunes : - sur les territoires de proximité mettre en place une coordination des professionnels de santé concernés pour permettre un parcours global de prise en charge pour chaque patient ; - favoriser la culture du travail en réseau [...], - fixer des objectifs de partenariat aux opérateurs de terrain par l'intermédiaire de conventions et en faire un critère de sélection puis d'évaluation des actions financées* ».

✓ ***l'adaptation de l'offre et/ou l'adaptation des prises en charge pour 9 ARS ;***

- « *adapter l'offre de soins en santé mentale à la réalité des territoires* » et « *en psychiatrie, développer à partir de la notion de sectorisation, des organisations intersectorielles et supra-sectorielles qui répondent de façon graduée, adaptée et territorialisée à la demande* » ;
- « *développer l'offre ambulatoire en santé mentale* » ou « *participer à la restructuration de la santé mentale* » ;
- « *améliorer la qualité de vie des personnes porteuses d'une maladie psychiatrique* » à travers la priorité « *développer l'offre de soins de rétablissement permettant à une personne atteinte dans ses capacités mentales de parvenir au plus grand niveau d'autonomie possible* » ;
- « *l'adaptation de l'offre aux besoins et l'organisation du parcours du patient (objectif général) se feront par une meilleure répartition territoriale de l'offre avec une priorité à donner à la réponse de proximité, au développement des alternatives par conversion de l'hospitalisation complète, à la réorganisation des urgences et l'amélioration des réponses spécifiques aux patients chroniques. Des modes d'intervention adaptés aux enfants et aux adolescents sont à encourager* » ;

✓ ***la fluidité, de la continuité des parcours pour 9 ARS ;***

- « *favoriser la fluidité des parcours entre la prévention, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers, l'accompagnement médico-social ou social, et le retour à domicile ou dans l'établissement, substitut du domicile* » ;
- « *éviter les ruptures de parcours chez les adolescents et les jeunes adultes [...]. Ces situations méritent des actions particulières de l'ARS qui peuvent se coordonner avec celles déjà mises en œuvre par ses partenaires tels que le conseil général, la PJJ, la DRJSCS* » ;
- « *fluidifier le parcours du patient présentant une souffrance ou des troubles psychiques par une meilleure articulation soins de ville/sanitaire/médico-social/social* » ;
- « *déterminer sur chaque territoire de santé le parcours de soins ; Améliorer les articulations entre les dispositifs sanitaires et les dispositifs médicosociaux et d'hébergement social, en lien avec l'entourage familial, au profit des personnes atteintes de pathologies mentales chroniques et de handicaps psychiques, en garantissant la continuité de la prise en charge en soins et prévention, afin d'éviter les ruptures de prise en charge* ».

✓ ***la formation des professionnels aux spécificités des problématiques de santé mentale et de handicap psychique pour 9 ARS ;***

- « *adapter les formations initiales et continues de professionnels de santé, particulièrement dans les domaines de la gériatrie, du handicap et de la santé mentale* » ;

- « *former les professionnels médicaux, sociaux et d'aide à la personne à la maladie psychique* » ;
  - « *la prévention des troubles psychiques pour l'ensemble de la population [...] en développant les actions d'information et de formation à la santé mentale des acteurs de première ligne dans une perspective de travail en partenariat* ».
- ✓ **la prise en compte et le soutien aux aidants pour 8 ARS** ; le plus souvent, les objectifs sont associés à une priorité de qualité de la prise en charge : « *reconnaître la place de l'entourage* », « *reconnaitre la place des familles et des aidants en les informant et les associant aux actions* », « *sensibiliser l'ensemble de professionnels à la prise en compte des aidants naturels* », « *systématiser la prise en compte de la cellule familiale dans la prise en charge des patients en situation de souffrance psychique* », « *renforcer le soutien aux associations d'usager en qualité d'acteur et de promoteur de réponses aux besoins de santé* » ;
- ✓ **l'insertion sociale (logement, insertion professionnelle) pour 6 ARS** ;
- « *pour les maladies psychiques : schizophrénie et troubles bipolaires : [...] - développer des structures d'hébergement et de réhabilitation sociale post cure, - développer les structures d'accueil type familles gouvernantes, - créer, adapter des lieux de vie pour les adultes psychiques vieillissants, -favoriser la réinsertion sociale dans un environnement propice (création de SAMSAH, de GEM, résidences d'accueil psychiques), accompagner la réinsertion professionnelle (campagne sur le handicap mental en entreprise avec des structures tremplin, publier un bilan annuel de la réinsertion au travail)* » ;
  - « *développer des structures relais adaptées permettant aux personnes en difficultés de préparer leur réinsertion sociale et développer l'accompagnement des personnes vivant en milieu "ordinaire"* » ;

[10] Deux ARS abordent le sujet sous l'angle de la réhabilitation psycho-sociale et quatre d'entre elles citent les GEM comme outils de socialisation.

- ✓ **les populations spécifiques au titre de l'exclusion ou de l'emprisonnement pour 6 ARS** ;
- ✓ **la nécessité de développer de la connaissance sur les besoins et d'informer sur la santé mentale pour « déstigmatiser » pour 5 ARS** ; ;
- « *inscrire la santé mentale dans les objectifs de promotion de la santé pour faire évoluer les représentations et les pratiques : - inclure la santé mentale dans les priorités et les objectifs du schéma de prévention ; - informer, sensibiliser le grand public aux problématiques de la santé mentale notamment sur les pathologies, les causes, les modes de traitement, les perspectives d'amélioration, le suivi, les professionnels, et les structures de soin* » ;
  - « *développer et promouvoir les études épidémiologiques et les dispositifs de connaissance en santé mentale en lien avec les travaux existants* » et « *développer au niveau territorial des actions de sensibilisation du grand public sur les troubles de la santé mentale, les maladies mentales et leur prise en charge* » ;
  - « *mieux connaître et faire connaître les besoins en santé mentale* » ;
  - « *renforcer l'information et déstigmatiser les troubles psychiatriques auprès de la population général* ».

- [11] La santé mentale et le handicap psychique sont des sujets bien présents dans la première génération de PSRS néanmoins la prise en compte reste inégale selon les ARS et certains objectifs sont formulés en termes très généraux : « *Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale* » ou « *Adapter les établissements à la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques* ».
- [12] Les orientations ou objectifs affichés ciblent rarement la totalité du sujet (préventions, soins, accompagnement médico-social, insertion sociale) à l'exception d'un seul PSRS (cf. encadré). Ces aspects pourront vraisemblablement relever des schémas régionaux, déclinaison opérationnelle des PSRS. Ainsi deux ARS renvoient explicitement le thème de la santé mentale aux schémas régionaux (SRP, SROS, SROSM) : « *les objectifs de santé mentale seront définis dans le SROS* » ou « *les trois schémas, de prévention, d'organisation sanitaire et d'organisation médico-sociale, auront ainsi une lecture commune des priorités, permettant d'assurer une cohérence des objectifs opérationnels et actions retenues* ».

**Exemple d'un PSRS ayant inscrit des orientations régionales, la santé mentale et le handicap psychique dans une approche globale**

Axe 2 : Organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité

Priorité 8 : **Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique**

Objectif stratégique n°1 : *améliorer le repérage des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent et l'accès au diagnostic*

n°1.1 : accompagner les professionnels de première ligne dans le repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur chez les adolescents et les jeunes adultes et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance

n°1.2 : impliquer davantage les équipes de proximité dans l'aide au diagnostic et les évaluations initiales de l'autisme

Objectif stratégique n°2 : *Garantir un dispositif de soins accessible, gradué et adapté à l'évolution des pathologies*

n°2.1 : développer les programmes d'éducation thérapeutique et de réhabilitation psychosociale en psychiatrie

n°2.2 : garantir un bon maillage territorial des structures de proximité

n°2.3 : faciliter l'accès aux soins somatiques de la personne

n°2.4 : assurer la continuité des soins dans le temps et envisager d'expérimenter des « référents de parcours »

Objectif stratégique n°3 : *Renforcer la coordination et la complémentarité des réponses*

n°3.1 : faciliter la connaissance des ressources disponibles au sein d'un territoire

n°3.2 : garantir l'effectivité de la coordination des prises en charge sanitaires et médico-sociales

n°3.3 : activer les outils de contractualisation ou de formes juridiques nouvelles favorisant la complémentarité de la prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale et ambulatoire

Objectif stratégique n°4 : *Contribuer à favoriser l'insertion dans la cité*

n°4.1 : renforcer l'accès territorial à l'éducation des enfants et des adolescents présentant des troubles psychiques et des troubles envahissants du développement (TED)

n°4.2 : favoriser le développement d'une offre de logements adaptée aux personnes en situation de handicap psychique

n°4.3 : faciliter l'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique

n°4.4 : améliorer l'intégration sociale des personnes dans la cité par le développement d'un accompagnement personnalisé et de formules innovantes de participation des personnes ou de leurs proches aux soins et à la réinsertion (Groupes d'Entraide Mutuelle, pair aidant).

Source : PSRS d'une ARS, juin 2011



## 6 – RÉTENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretien son linge et ses vêtements					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations informelles de voisinage					
Participer à la vie communautaire, sociale et civique					
Partir en vacances					

TÂCHES ET EXIGENCES GÉNÉRALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION				
Activités	Fait seul	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations
S'orienter dans le temps				
S'orienter dans l'espace				
Prendre des décisions/des initiatives				
Gérer sa sécurité ( <i>réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger</i> )				
Maîtriser son comportement ( <i>émotions, pulsions</i> ) dans ses relations avec autrui				
Utiliser des appareils et techniques de communication				

## 7 – APTITUDE AU TRAVAIL

Votre avis sur l'aptitude de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle ? (*impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...*)

.....

.....

.....

.....

.....

Cachet obligatoire du service

Date

Signature



**QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'ENTOURAGE**

Votre nom : ..... Prénom.....  
 Votre adresse : .....

Vous répondez à ce questionnaire concernant Madame, Mademoiselle, Monsieur \* .....  
 en qualité de :

- Membre de sa famille. Lien de parenté à préciser.....
- Représentant légal (tuteur, curateur)
- Autre - à préciser.....

Afin de permettre à l'équipe pluridisciplinaire de la Coordination Handicap Locale de réaliser une évaluation globale de l'intéressé(e) et de mesurer son degré d'autonomie dans la vie quotidienne, merci de bien vouloir compléter les tableaux ci-dessous en cochant, par activité, la case qui correspond le mieux, selon vous, à sa situation.

ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Prendre soin de sa santé					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
S'occuper de sa famille					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Avoir des relations informelles de voisinage					
Participer à la vie communautaire, sociale et civique					
Partir en vacances					





## MON PROJET DE VIE, MES BESOINS, MES ATTENTES

MON NOM ..... PRENOM.....

Mon adresse.....

Compte tenu des difficultés que je rencontre pour réaliser des activités qui correspondent à mes aspirations, je souhaite que la M.D.P.H. examine ma situation et qu'elle m'aide à trouver des solutions pour améliorer ma vie quotidienne et/ou retrouver une activité professionnelle.

### MA SITUATION

Je suis célibataire marié(e) pacsé(e) en concubinage séparé(e) divorcé(e)  
 Je vis seul(e) en couple/avec mes enfants en compagnie d'un(e) ami(e) chez des membres de ma famille  
 Je dispose d'un logement indépendant  
 Je suis hébergé(e) au domicile de mes parents âgés de ..... d'un(e) ami(e)  
 Autres.....

Mes ressources actuelles sont de.....€ par mois qui correspondent à .....(AAH, IJ...)

Je travaille en E.S.A.T. (milieu protégé)  en entreprise adaptée  en entreprise / administration avec un CDI ou un CDD  autres .....

Je ne travaille pas

Mon niveau scolaire et de formation est .....

Mon expérience professionnelle (dont stages) est la suivante :

- Emploi de..... durant.....

- Emploi de..... durant.....

Mon dernier emploi s'est terminé le.....

J'ai déjà bénéficié de décisions de la MDPH (ex-COTOREP)  Oui  Non

Si OUI, lesquelles ? .....

### ACTIVITES POUR LESQUELLES J'AI BESOIN D'UN SOUTIEN

⇒ J'ai besoin d'un soutien lors de mes déplacements

- Pour sortir de mon domicile
- Pour utiliser les transports en commun
- Pour conduire un véhicule
- Pour effectuer des démarches administratives
- Pour faire des courses en ville
- Pour m'aider à respecter les horaires
- Autres.....

⇒ J'ai besoin d'un soutien dans ma vie quotidienne :

- Pour avoir une hygiène corporelle régulière
- Pour avoir des vêtements mieux entretenus et mieux adaptés au climat
- Pour avoir une alimentation mieux équilibrée
- Pour préparer mes repas
- Pour entretenir mon logement et me protéger des intrusions
- Pour apprendre à me protéger des abus de toutes sortes (abus de ma personne, vols, sectes....)
- Pour gérer mon argent et répondre à mes obligations (assurances, impôts....)

- Pour ne pas oublier de prendre mes médicaments
- Pour avoir un suivi médical régulier
- Autres.....

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans mes relations avec autrui**

- Pour affronter des situations et des relations génératrices de stress, d'anxiété, de fuite...
- Pour participer à la vie sociale, aux loisirs, à la vie culturelle, aux sports, aux cultes, etc...
- Pour éviter une perte de contact avec ma famille, mes amis,
- Pour éviter la peur d'être mal jugé
- Pour affronter le regard des autres et éviter le repli sur moi-même
- Pour m'aider à reconnaître ma maladie
- Autres.....

⇒ **J'ai besoin d'un soutien dans ma vie intellectuelle**

- Pour une remise à niveau de mes connaissances générales
- Pour une information sur les possibilités d'évaluation de mes compétences (y compris professionnelles)
- Autres.....

### LES AIDES DE MON ENTOURAGE

- Je ne reçois pas d'aide**
- Je reçois de l'aide pour :**
  - Stimulation pour la toilette
  - Préparation des repas
  - Entretien du linge
  - Entretien du logement
  - Gestion de mon budget
  - Accompagnement dans les démarches administratives  chez le médecin
  - Accompagnement dans certaines activités - Lesquelles ?.....  pour faire les courses

Ces aides me sont actuellement apportées par :

- ma famille  un(e) ami(e)  un travailleur social  une aide à domicile
- Je suis isolé(e)**

### MES ATTENTES

Pour que j'acquière une autonomie, il me faut un véritable accompagnement

- Je souhaite qu'un service d'accompagnement ou une institution prenne le relais de ma famille
- Je souhaite être orienté(e) vers un établissement d'accueil spécialisé (collectif)
- Je souhaite accéder à un logement indépendant avec suivi par un service d'accompagnement à domicile
- Je souhaite un soutien médico-psychologique plus fréquent
- Je souhaite des ressources complémentaires
- Je souhaite entrer dans une démarche d'insertion professionnelle avec évaluation de mes capacités
- Autres.....

Pour recueillir les informations utiles à l'évaluation de ma situation, j'autorise la M.D.P.H. à prendre contact avec la personne que je désigne comme suit :

Madame, Mademoiselle, Monsieur.....

Domicilié(e).....

☎ :.....

Lien de parenté éventuel.....

Fait à.....le..... Signature du demandeur

## Annexe 8 : Les outils de la coopération

	Désignation	Objet	Domaine d'activité	Membres	Modalités de création	Financement	Références
<b>Coopérations conventionnelles</b>	<b>CHT</b> <b>Conférence hospitalière de territoires</b>	Mettre en œuvre une stratégie commune Gestion commune de fonctions, activités, compétences.	Toutes activités ou fonctions en liens avec la spécialité des établissements concernés. Orientation vers des domaines prioritaires ou innovants (télémédecine, cancérologie, AVC, gériatrie,...)	Uniquement les établissements publics de santé	Signature d'une convention soumise à l'approbation du DGARS.	Le coût de la CHT est supporté par les établissements membres sur leur budget. La loi prévoit des incitations financières (FMESPP, majoration de tarifaire)	L.6132-1 et suivants du CSP R. 6132-28 du CSP
	<b>Réseau de Santé</b>	Favoriser l'accès aux soins, la coordination de la prise en charge des patients, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire Participer à des actions de santé publique	Le secteur sanitaire et/ ou social et/ou médico-social	Professionnels de santé libéraux, médecins du travail, établissements de santé, groupements de coopération sanitaire, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi que des représentants des usagers.	Signature d'une convention	Les réseaux de santé peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux	L. 6321-1 à L. 6321-2 du CSP D. 6321-1 à D. 6321-7 du CSP
	<b>Convention de coopération</b>	Mettre en œuvre des actions de coopération entre acteurs de santé, y compris internationales Mettre en œuvre des actions de coordination et de complémentarité dans le domaine social et médico-social	Le secteur sanitaire et/ ou social et/ou médico-social	Toutes personnes physiques ou morales, de droit public ou de droit privé dès lors que l'objet de la convention est conforme à leur objet social ou à leur principe de spécialité	Signature d'une convention	Pas de financement propre. Les activités de soins des membres sont financées conformément à la tarification à laquelle ils sont soumis.	L. 6134-1 du CSP L. 312-7 du CASF dans le domaine social et médico-social

<b>Coopérations fonctionnelles</b>	<p><b>GCS de moyens</b></p> <p><b>Groupement de coopération sanitaire</b></p>	Faciliter, développer, améliorer l'activité des membres en organisant ou gérant des activités administratives, logistiques, techniques, médicotéchniques, enseignement, recherche, en réalisant ou gérant des équipements d'intérêt commun, en permettant des interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux.	Toutes les activités périphériques aux soins.	Etablissements de santé publics ou privés (présence obligatoire d'au moins un établissement de santé), établissements médico-sociaux, centres de santé, pôles de santé, professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes).	Approbation de la convention constitutive par le DGARS. Publication de l'arrêté d'approbation	Financement exclusif par les contributions de ses membres, sauf dotation.	L.6133-1 et suivants du CSP R. 6133-1 et suivants du CSP Arrêté du 23 juillet 2010
	<p><b>GCS établissements de santé</b></p> <p><b>Groupement de coopération sanitaire</b></p>	Exercer les missions de soins d'un établissement de santé Assurer des missions de service public	Toutes les activités de soins ou équipements matériels lourds. Toutes les missions de service public.	Etablissements de santé publics ou privés (présence obligatoire d'au moins un établissement de santé), établissements médico-sociaux, centres de santé, pôles de santé, professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société (médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes).	Approbation de la convention constitutive par arrêté du DGARS qui peut délivrer une autorisation, ériger le GCS en Etablissement de santé et fixer l'échelle tarifaire. Publication de l'arrêté d'approbation	Financement identique aux établissements de santé (T2A pour activité MCO, DGF/OQN pour SSR et psychiatrie)	L. 6133-1 et suivants du CSP R. 6133-1 et suivants du CSP Arrêté du 23 juillet 2010
	<p><b>GCSMS</b></p> <p><b>Groupement de coopération sociale ou médico-sociale</b></p>	Exercer des activités sociales ou médico-sociales, exercer les missions et prestations des établissements sociaux et médico-sociaux, permettre des interventions communes, créer ou gérer des équipements d'intérêt commun, faciliter les actions de concertation, fusions entre établissements.	Toutes les activités sociales et médico-sociales. Toutes les activités périphériques (logistique, administratif, Médico-technique...)	Etablissements, services publics privés sociaux, médico-sociaux, de santé, à but lucratif ou non lucratif, professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, établissements publics de santé, établissements privés de santé à but non lucratif, collectivités locales, tous organismes à but non lucratif d'intérêt général.	Approbation de la convention constitutive par le DGARS Publication de l'arrêté d'approbation	Financement par les contributions des membres ou par l'activité du groupement (si autorisation ou agrément)	L. 312-7 du CASF R. 312-194-1 du CASF L. 6133-1 et suivants du CSP

	Association Loi de 1991	Faciliter, développer, améliorer l'activité de ses membres Exercer des missions de soins Son but est non lucratif. L'association ne peut pas distribuer de bénéfices. Attention : un établissement public de santé ne peut confier ses missions de soins à une association	Toutes les activités de soins ou équipements matériels lourds. Autres activités soumis à autorisation ou agrément (PUI...)	Etablissements de santé publics ou privés, établissements médicosociaux, des professionnels médicaux libéraux. D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins.	Un contrat d'association est conclu par les membres. Déclaration en préfecture. Insertion dans le JO	Financement large (dons, libéralités, cotisations, apports, subventions, produits de son activité, ....)	Loi 1er juillet 1901 Code civil
--	----------------------------	--	---	--	--	--	------------------------------------

Source : *Tableaux synthétiques des formes de coopérations – Guide méthodologique des coopérations territoriales de l'Agence Nationale d'Appui Santé et médico-social(ANAP) – Janvier 2011*



## Annexe 9 : Témoignages de pratiques professionnelles

### 1. RESADO 82, UN RESEAU QUI VISE LA PRISE EN CHARGE CONCERTEE DES TROUBLES PSYCHIQUES DES ADOLESCENTS EN GRANDE DIFFICULTE DU TARN ET GARONNE

A leur entrée dans le réseau, les trois quart des jeunes ont une mesure de protection de l'enfance, administrative ou judiciaire : la moitié en placement, le quart en milieu ouvert. Les mesures judiciaires sont majoritaires (74 % des mesures), ce qui illustre les difficultés de collaboration des familles.

Plus de la moitié des jeunes est déscolarisée ou sans aucune inscription dans un parcours scolaire ou professionnel. 19 % ont des apprentissages dans le secteur médico-social. Les autres ont des aménagements de leur scolarité, parfois en milieu ordinaire mais ils sont en grandes difficultés scolaires, dans des parcours chaotiques... Nous avons l'intention de décrire très finement la situation de ces jeunes au regard des apprentissages, mais les résultats ne sont pas encore disponibles aujourd'hui.

Sur leur vie entière (15 ans de moyenne d'âge à l'entrée) :

71 % ont eu au moins un contact avec des services de soins (secteur hospitalier, psychologues ou rééducateurs libéraux) mais pour l'essentiel, ils ne peuvent s'inscrire dans le soin proposé.

58 % ont eu au moins une prise en charge sociale (Aide éducative à domicile, placement contractualisés avec leurs parents).

54,5% ont eu au moins une prise en charge judiciaire (Aide Educative en Milieu Ouvert ou placements mais en l'absence de collaboration parentale).

52 % ont eu au moins un contact avec le secteur médico-social.

31 % ont eu une orientation scolaire particulière (UPI, SEGPA,...) ou un aménagement de leur temps scolaire (mi-temps, ...).

14 % ont eu au moins une mesure pénale.

- [1] L'équipe de ResAdo a communiqué à la mission un document écrit relatif à son retour d'expérience professionnelle.
- [2] « Toutefois, ces chiffres ne peuvent suffire à décrire la population dont nous nous occupons ; ils ne nous permettent pas de nous représenter qui sont ces jeunes. Pour définir la population des adolescents en grandes difficultés, il nous faut nous décentrer de nos repères habituels.
- [3] Ces jeunes ne peuvent être décrits par leurs symptômes ou par des diagnostics psychiatriques car ces derniers ne diffèrent pas de ceux de la population adolescente qui trouve réponse à ses difficultés dans les systèmes classiques (sanitaires, sociaux, judiciaires,...). Les troubles du comportement, les troubles de la relation, les mises en danger, les difficultés scolaires, le repli sur soi, l'inhibition,... sont autant de motifs de consultations en CMP que de symptômes décrits pour les jeunes en grandes difficultés. De même, les diagnostics portés sont assez « classiques » : troubles psychotiques, troubles de la personnalité,...
- [4] Par contre, la notion de trajectoire est un critère pertinent, commun à tous les adolescents difficiles. Nous l'avons dit, ces jeunes sont suivis depuis longtemps, par de multiples équipes ; les histoires sont émaillées de ruptures qui illustrent les répétitions à l'œuvre. Au-delà du chaos apparent, ces trajectoires ont une logique. Elles montrent la tension, durable, entre un jeune et son environnement, liée à une problématique psychique qui perdure.

- [5] La tension se traduit par le sentiment d'épuisement des professionnels, qui ne se repèrent plus dans cet accompagnement, ont la sensation d'avoir tout fait, sans jamais voir un apaisement durable. Il n'est plus possible de penser ce qui agit le jeune en tant que sujet soumis à des répétitions, lui-même « victime » de souffrance ou traumatisme anciens.
- [6] L'adolescent renvoie un sentiment d'échec, d'impuissance. A terme, les professionnels vivent l'adolescent comme insupportable, persécuteur : « il le fait exprès », « il ne veut pas se nourrir de ce qu'on lui propose », « il est manipulateur ». Ils le rejettent, parfois brutalement - décisions intempestives de fin de prise en charge, parfois en évoquant la nécessité d'une orientation « il n'est pas pour nous »- ou encore « parce qu'il a besoin de soin ».
- [7] La notion de problématiques psychiques dépasse la question des diagnostics psychiatriques ; nous parlons aussi de troubles psychiques, terme qui reste large, mais reste référé au psychisme, donc à l'individu. Nous pourrions la définir comme ce qui agit le sujet, ce sur quoi il bute, ce qu'il énonce au travers de ses actes, de ses choix, qui n'a de cesse de se présenter, avec l'attente d'être élaboré. Ainsi, nous rencontrons des jeunes en bute sur des problématiques de rejet, d'abandon, de relation d'emprise, des problématiques de liens,... S'il y a chronicité, ce n'est pas du côté de leurs symptômes, mais dans la persistance de cette problématique qui entrave leur développement personnel et leur inscription sociale.

Françoise est une adolescente qui n'a de cesse de s'exposer : elle fugue, est agressée sexuellement à deux reprises. Elle est placée en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS), et provoque régulièrement ses pairs par des insultes ou remarques agressives. Elle génère des mouvements de groupe contre elle et devient la paria du groupe de vie. Les éducateurs doivent intervenir constamment pour éviter des bagarres, la protéger en la mettant à l'écart. Elle fugue régulièrement, pour retrouver des garçons à peine croisés ; elle espère être aimée alors qu'elle n'est qu'un partenaire sexuel. Elle a un projet professionnel et réalise plusieurs stages qui se passent très bien. Elle est motivée, fait preuve d'initiative, est adaptée ; bref, elle a les compétences requises pour ce métier. Mais la dynamique qu'elle induit dans la maison d'enfants devient intolérable ; les éducateurs commencent à dire qu'il faut protéger les autres jeunes de l'agressivité constante de Françoise. La dynamique de rejet est en route et Françoise l'alimente au quotidien. Lors d'un transfert pendant des vacances, elle introduit un garçon dans sa chambre, au nez et à la barbe des éducateurs. Elle agresse physiquement une éducatrice. Les éducateurs se raccrochent alors à ce qui se passe bien : les stages. Leur regard sur Françoise se rétrécit sur cette dimension ; ils en oublient la problématique psychique de Françoise, autour du rejet, qu'elle induit tout en le redoutant. De l'histoire familiale, nous savons qu'elle est la seule enfant du couple parental, qui n'a de cesse de se déchirer et se sépare tôt dans la vie de Françoise. Elle vit d'abord avec sa mère. Mais, quand celle-ci refait sa vie, les difficultés apparaissent au point que Françoise doit vivre chez son père. Françoise espère revivre avec sa mère, mais elle est déjà « organisée » autour de cette problématique de rejet qu'elle induit, à son insu, et les retrouvailles sont impossibles. Françoise est absorbée dans des relations d'emprise avec son père ; il lui répète que sa vie ne sera qu'un échec, pouvant ainsi se valoriser, lui, qui a mieux réussi qu'elle. Françoise est très attachée à son père, à la famille paternelle, qui nourrit l'image d'une réussite sociale. Cela ne fait que renforcer son sentiment de n'être rien. C'est dans cette situation que le placement judiciaire en maison d'enfants est prononcé. Puisqu'elle est un échec, un déchet (voilà sa problématique), elle induit des réponses de rejet, qui lui « prouvent » inconsciemment qu'elle ne vaut rien, même si elle est en souffrance terriblement. Cette même problématique s'était déjà présentée au premier foyer qui l'accueillait, puis à la première famille d'accueil, ainsi que dans l'établissement scolaire.

- [8] Les problématiques se manifestent essentiellement dans le champ social, par des signes comportementaux, difficultés scolaires ; les signes déficitaires sont rares. Les jeunes sont souvent orientés vers des dispositifs d'aide éducative, qui restent indispensables mais ne répondent que partiellement à leurs besoins.

- [9] Les situations de crise ne se résument donc pas à des troubles aigus de l'adolescent mais à une situation d'impasse, durable, dans la rencontre entre adolescent et environnement ; la seule perspective qui émerge est de passer le relai à une autre équipe.
- [10] L'exemple de Françoise tel qu'il est exposé ici, soulève la question des réponses des professionnels : pourquoi n'ont-ils pas perçu la problématique de cette jeune afin d'éviter de répéter ce qui la fait souffrir ?
- [11] Cette population, et c'est une autre de ces caractéristiques, amène les professionnels à s'organiser, totalement à leur insu, en miroir de leurs problématiques. Ils en héritent, sans même le savoir, et l'agissent. Les troubles des adolescents modèlent, « tordent » les pratiques institutionnelles.

Katerine est une adolescente violente et accueillie en maison d'Enfants. Elle est en demande d'être aimée, évoquant ses carences affectives. Elle recherche des appuis auprès de ses pairs, mais ne trouve jamais la bonne distance relationnelle, ce qu'elle résout par de la violence physique.

L'équipe de la MECS construit alors un projet individuel : elle détache un couple éducatif, pour Katerine seulement. Pendant une semaine, ils se retrouveront tous les trois dans un gîte. Ainsi, Katerine verra qu'elle est investie, qu'elle a sa place dans cet établissement.

Le séjour est un cauchemar, les éducateurs reviennent épuisés : elle a été encore plus odieuse qu'au sein du groupe.

Quand nous reprenons l'histoire de Katerine, avec la puéricultrice de la PMI qui l'a connue enfant, nous comprenons pourquoi ce séjour n'a pas été supportable. Le couple parental fonctionnait en vase clos, avec très peu de lien social. Dans cet enfermement, le père avait commis des attouchements sexuels sur sa fille.

Alors qu'ils pensaient inventer un dispositif adapté, les professionnels ont reproduit la situation traumatique que Katerine leur avait « déposée ». Elle n'a pas le souvenir de cette agression, ne l'a jamais évoquée, jamais élaborée.

- [12] Nous travaillons actuellement sur cette hypothèse : la force des répétitions, illustrée par le nombre de ruptures, révèle la caractère indicible des problématiques de jeunes. Dit autrement, les jeunes transmettent des problématiques infantiles non élaborées, non pensées ; les professionnels les ont inconsciemment entendues au-delà des mots. Tandis que les professionnels pensent inventer des dispositifs, ouvrir de nouvelles perspectives de prise en charge, ils sont à nouveau en difficultés car sont pris dans des répétitions de l'histoire familiale, non transmise par les mots, mais déposées.
- Le réseau, par la présence d'une cellule de coordination à une place autre, propose une autre organisation de travail, qui permet de transformer l'indicible en discours, grâce à une analyse psychanalytique. Il s'agit bien plus que de coordonner des équipes entre elles ; mais de faire travailler les équipes sur ces répétitions.
- [13] Nous travaillons à partir de l'histoire entière du jeune. Au-delà des notes dans des dossiers, nous essayons de retrouver des anecdotes de vie, qui illustre bien mieux les différents mouvements psychiques à l'œuvre. Dans l'exemple de Katerine, c'est en entendant la puéricultrice de la PMI nous raconter ses visites au domicile, l'ambiance qui y régnait (ce qui n'est jamais écrit dans les dossiers par respect pour les familles), que les éducateurs comprennent que leur proposition est une répétition. Alors, ils peuvent penser à ce qui les oriente dans leurs pratiques, déconstruire leurs représentations. Le champ est ouvert pour évoquer autrement la situation.
- [14] Ce travail de déconstruction doit être soutenu par une équipe légitimée pour cette tâche. C'est là tout le rôle d'une cellule de coordination, qui propose un espace, un temps et une méthode, bref, un cadre à ce travail. De cette position autre émerge une fonction tierce, dont l'effet pour les professionnels est de se décaler, d'aborder cette situation autrement.
- [15] Ce travail sur l'histoire permet certes de déconstruire ce qui a mal orienté, mais dégage, dans le même temps, la problématique du jeune et ses ressources. Nous comprenons mieux qui il est, et ainsi, un deuxième temps du travail apparaît : celui de la construction d'un dispositif d'accompagnement plus adapté.

- [16] Ce dispositif d'accompagnement (qui est un dispositif subjectivant dans le sens où il peut concourir à la maturation psychique de l'adolescent), s'appuie sur les ressources déjà existantes (structures sanitaires, médico-sociales,...). Mais il associe des professionnels qui portent l'histoire du jeune, ont une représentation plus « juste » de qui il est et donc sont plus adaptés dans leurs réponses, leurs accompagnements.
- [17] Dans l'exemple de Katerine, nous travaillons sur la notion d'ouverture, comme opposé de l'enfermement vécu en famille d'origine. Nous l'avons vu, Katerine a réussi à « modeler » l'institution en miroir de ses propres troubles. Cette équipe a « oublié » la nécessité d'ouverture vers d'autres pour que le vivre-ensemble soit tolérable. Nous travaillons donc la notion de tiers, la délégation à un autre, la circulation (dans le bon sens du terme) de l'adolescente entre différents espaces de vie...
- [18] Pour les équipes de terrain, il ne suffit pas de savoir quelle est la problématique du jeune et d'appliquer certaines préconisations. Chacun peut-être « intoxiqué » de la problématique des adolescents difficiles (ce qui n'est pas spécifique à cette population : les professionnels qui s'occupent d'enfants abandonnés sont exposés à des mouvements dépressifs intenses, ceux qui travaillent avec des autistes peuvent s'enfermer,...). Mais ce mouvement est limité s'il est élaboré dans des espaces propres à cela. Ce travail, prend du temps, nécessite plusieurs réunions, espacées ; il suppose un effort et peut rencontrer des résistances.
- [19] Nous avons critiqué le terme « adolescents difficiles » qui a toutefois un mérite : celui d'insister sur l'effet que ces jeunes produisent sur ceux qui les accompagnent. Définir cette population suppose d'évoquer autant les jeunes que les réactions des professionnels. En même temps, se dégage l'angle sous lequel nous abordons ces situations : dans la rencontre entre sujet et environnement ».

## **2. MESSIDOR, UNE ASSOCIATION DONT L'OBJECTIF EST L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES**

L'association Messidor est une association gestionnaire d'établissements de travail protégé et adapté localisés en Rhône-Alpes qui compte 13 sites (ESAT, entreprise adaptée, ESAT de transition). En 2010, Messidor a pris en charge 500 personnes en transition professionnelle avec un parcours individualisé s'appuyant sur des formations appropriées et des prestations de service d'accompagnement adaptées aux besoins des travailleurs accueillis. Il existe un double encadrement, autour du projet de la personne, constitué par un responsable d'unité de production et un conseiller d'insertion. Les buts de cet accompagnement dans le parcours de transition sont : une remise au travail, une construction de projet professionnel et une sortie du dispositif après mise en situation d'emploi, si possible en milieu ordinaire.

- [20] Un coordinateur du projet social de Messidor a transmis à la mission le témoignage professionnel portant sur un parcours individuel :
- [21] « Au moment où il est entré à Messidor, Patrick bénéficiait du soutien d'un SAVS et avait un étayage médical adapté qui lui convenait parfaitement. Il avait alors 45 ans. Il n'avait pas travaillé depuis dix ans, vivait seul dans son appartement, et était capable de gérer sa mobilité. Au démarrage, Patrick a bénéficié comme toutes les personnes entrées à Messidor, de l'atelier de validation à l'entrée.
- [22] La fonction de cet atelier est de faire connaissance avec la personne, d'arriver à tirer un certain nombre d'éléments sur ses qualités en situation de travail, et de comprendre où en est la personne par rapport à ses contraintes. L'objectif n'est pas de savoir si elle est capable de produire beaucoup ou peu, nous allons plutôt mettre en place des activités. Je prends un exemple, l'activité espaces verts : la principale difficulté de l'activité est que nous ne pouvons pas la mettre en place trois heures par jour, cela veut dire que nous ne pouvons pas faire du temps partiel, nous pouvons travailler trois jours ou quatre jours par semaine.

- [23] C'est pourquoi, à l'entrée à Messidor, nous nous posons la question suivante : « la personne, dans l'état où elle est, est-elle en capacité d'accepter les contraintes liées à l'activité qu'elle aura choisie ? ». Il faut vraiment se contenter de cela. L'atelier de validation à l'entrée dure quinze jours, avec une alternance entre détente et travail. La restitution de l'évaluation se fait au cours d'un entretien à trois, avec la personne présente, un conseiller d'insertion et le responsable technique qui a procédé à l'évaluation. Ce qui ressort, pour Patrick, c'est qu'il présentait de très bonnes capacités globales d'apprentissage, d'aptitude au travail. En revanche, nous nous sommes aperçus que le fait de n'avoir pas travaillé pendant dix ans le mettait dans une grande difficulté sur le plan physique. Donc, il a été décidé de l'orienter vers l'unité de réentraînement au travail. Elle se trouve en amont des unités de production et son objectif est de s'adapter aux contraintes de la personne. Il était difficile, pour Patrick, de venir travailler le matin. Nous lui avons proposé de venir l'après-midi et, petit à petit, nous avons pu remonter la pente pour, à un moment donné, lui proposer d'intégrer le secteur de l'industrie, puis le service des espaces verts.
- [24] Ensuite, pendant tout son parcours, Patrick a bénéficié d'un certain nombre de services. Tous les trois mois, nous refaisons le point sur le travail et sur ce qui se passe à l'extérieur (sur le plan sanitaire ou médico-social). A travers ces entretiens à trois, deux fois par an nous remplissons une grille d'évaluation et d'accompagnement. Ces grilles sont à double entrée : remplies à la fois par la personne et son référent technique. Si nous mixons effectivement les grilles d'évaluation et les entretiens à trois, nous allons dégager des écarts, grâce auxquels nous pourrions mettre en œuvre des actions de formation. Patrick, par exemple, a bénéficié d'une action de formation en espaces verts. Il a fait une cinquantaine d'heures de formation et a même réussi à valider son expérience grâce à l'outil développé par l'association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), « reconnaissance et savoir-faire professionnel ».
- [25] Chez Messidor, il n'y a pas de médecins, pas d'assistantes sociales, ni de foyers. Tout cela est voulu pour que la personne ne se retrouve pas à devoir tout remobiliser à l'extérieur de Messidor après son départ. Il est donc très important de savoir ce qui se passe à l'extérieur pour pouvoir définir des priorités. Pour Patrick, à mesure des entretiens, nous sommes arrivés à définir des choses, tant sur ses compétences, ses qualités que sur les limites de son fonctionnement. Parallèlement à cela, nous avons été sollicités par un hôtel dont nous faisons l'entretien des espaces verts, pour faire de la petite maintenance. Personne ne répondait à ce profil de poste. Nous avons alors comparé les qualités attendues par l'employeur et les qualités que certaines personnes, à Messidor, pouvaient avoir. Nous nous sommes aperçus que le profil de Patrick pouvait correspondre. Il a intégré cette entreprise par le biais d'une mise à disposition individuelle en vue d'une embauche, qui s'est concrétisée par un CDI ».

### **3. MISE EN OEUVRE D'UN PROTOCOLE D'AFFECTION PAR LA DRH DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES POUR UN AGENT AYANT UN HANDICAP PSYCHIQUE**

Le protocole d'affectation est un acte signé par la direction d'affectation de l'agent, la DRH et l'agent. Une fiche de poste lui est annexée.

Ce protocole précise les conditions d'affectation et le suivi individualisé :

- entretiens réguliers (durant les six premiers mois, entretien mensuel au sein de la direction et trimestriel avec le bureau DRH 3D puis entretien au douzième mois et vingt-quatrième mois, le rythme pouvant être adapté à chaque situation) ;

- formation, attention portée à l'accueil de l'agent, aménagement éventuel du poste.

Sont également spécifiées les modalités de comptabilisation dans le plafond d'emploi de la direction d'accueil : 0 pour la 1<sup>ère</sup> année (prise en charge par la DRH), puis la deuxième année, affectation de l'agent dans la direction avec dotation provisoire d'un 0,5 ETP (l'autre étant financé par la direction d'accueil), à l'issue des 24 mois prise en charge à 100% par la direction d'accueil.

- [26] Le bureau de l'accompagnement des carrières de la DRH a adressé un exemple de mise en œuvre d'un protocole d'affectation.
- [27] « A la suite d'un comportement dit « à risque » Monsieur X a été pris en charge par la médecine de prévention et a été placé en congé maladie puis congé longue durée. Avec l'aide et le soutien de la médecine de prévention et du service social (assistante sociale) du ministère, Monsieur X a déposé un dossier de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé auprès de la Maison départementale des personnes handicapées et a ainsi obtenu sa « RQTH ».
- [28] A l'issue de son congé longue durée, Monsieur X a été placé comme agent en instance d'affectation et a rencontré un conseiller mobilité carrière (CMC) du bureau de l'accompagnement des carrières (DRH 3D) pour l'aider à retrouver un poste. Après un travail réalisé sur son CV et sa lettre de motivation, Monsieur X a obtenu dans un premier temps deux postes temporaires sur lesquels il a pu reprendre confiance en lui, dans sa relation au travail et avec les collègues.
- [29] Compte tenu de la qualité de son travail, la mise en place d'un protocole d'affectation sur un poste précis lui a été proposée. Le protocole d'affectation précise les modalités de mise en œuvre et rend compte de toutes les démarches de suivi qui sont organisées pour permettre à l'agent de réintégrer une activité professionnelle dans les meilleures conditions.
- [30] En poste depuis 6 mois, Monsieur X présente toutes les conditions pour être pérennisé sur ses missions et rentrera dans le « droit commun » dans 18 mois.
- [31] Enfin, au regard de l'obtention de sa RQTH, Monsieur X participera chaque année à un suivi particulier avec la médecine de prévention afin de vérifier la bonne adéquation entre le profil de l'agent et les compétences liées au poste de travail ».

#### **4. TEMOIGNAGE D'UN MEDECIN PSYCHIATRE, PSYCHIATRE EVALUATEUR A LA MDPH DE LA SEINE SAINT DENIS**

- [32] Le docteur Jordi Molto Santoja, psychiatre des hôpitaux, praticien hospitalier, EPS de Ville Evrard, a fourni son témoignage en tant que psychiatre évaluateur de la MDPH de Seine Saint Denis depuis trois ans.
- [33] « Après un long passé de psychiatre soignant je travaille, depuis trois ans, en tant que psychiatre évaluateur à la MDPH. Mon premier constat a été le suivant : le handicap psychique n'est pas plus facile à définir que la maladie mentale. Les contours du « valide » et de l'« invalide » sont aussi mouvants que ceux du « normal » et du « pathologique ». La maladie mentale doit être diagnostiquée et soignée, le handicap psychique évalué et compensé. Mais le lien de causalité entre les deux n'est pas toujours évident à établir. Le fait de connaître avec précision la pathologie dont souffre une personne est indispensable, mais ne suffit pas à établir l'évaluation d'un handicap, puisque celui-ci n'est jamais la résultante exclusive de la maladie. On ne doit pas raisonner exclusivement en termes de *gravité* selon des éléments cliniques tels que : *névrose, psychose, chronicité, stabilisation, évolution déficitaire*, etc. Il faut prendre en considération également d'autres éléments environnementaux qu'il serait trop long de détailler ici.
- [34] Pour le résumer en une phrase :
- « *Contrairement à ce que l'on peut observer assez souvent dans les handicaps sensoriels ou moteurs, dans les situations de handicap d'origine psychique il y a rarement une solution de compensation reproductible à l'identique entre des patients ayant un diagnostic identique* ».
- [35] Lors d'une séance de travail avec les médecins évaluateurs, le Dr Pascale Gilbert de la CNSA (qui a confectionné le nouveau certificat médical MDPH) nous rappelait, qu'en matière de handicap psychique, à *diagnostic égal il n'y a pas forcément un taux d'incapacité identique*. Les raisons sont multiples mais il y a un contexte psychosocial qu'il convient de connaître pour comprendre les difficultés actuelles en matière d'articulation entre les soins et la compensation.

- [36] Il n'y a pas si longtemps il était rare de voir un patient suivi en psychiatrie qui ne soit pas sous tutelle, qui n'ait pas son AAH et sa carte d'invalidité. La compensation du handicap était pour ainsi dire « couplée » aux soins. La « sortie de l'asile » des patients et de ceux qui s'en occupent, avec le développement des alternatives à l'hospitalisation et l'élargissement de l'offre de soins ambulatoires a contribué à destigmatiser la psychiatrie et a produit un double effet :
- l'amélioration de l'évolution des maladies mentales dites lourdes.
- [37] De nos jours le diagnostic de schizophrénie, par exemple, n'est pas forcément synonyme de handicap invalidant, d'AAH ou de tutelle.
- l'arrivée dans le secteur psychiatrique, et dans les cabinets de ville, de « nouveaux malades » en réelle souffrance psychique et nécessitant de soins spécialisés mais dont le niveau de handicap ne relève pas d'un « dossier MDPH ». Ce qui est très mal accepté par certains patients, qui ne comprennent pas qu'on leur refuse l'AAH, la Carte d'invalidité,... « puisqu'ils sont bel et bien suivis en psychiatrie... ».
- [38] Par ailleurs la précarisation socio-économique de certaines personnes va souvent de pair avec une détresse psychique, qui peut faire l'objet d'un suivi spécialisé (surtout depuis la mise en place des équipes mobiles Psychiatrie et précarité) débouchant sur des demandes de compensation adressées à la MDPH motivées plus pour des raisons « sociales » que pour un réel handicap psychique... ».