

**L'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE  
DANS LE DISPOSITIF DE  
SOINS  
REHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET HEBERGEMENT**

« L'hébergement thérapeutique dans le dispositif de soins : le secteur peut-il encore choisir sa politique de soins ou doit-il se doter de l'ensemble des structures de l'arrêté de mars 86 ? Redéploiement? Comment classer ces structures au regard de l'hébergement et du soin ? Quelles sont les menaces qui pèsent sur ces structures, quelles sont les parades à l'amputation de l'AAH, au forfait journalier, à la distribution des repas et des médicaments ? »

« Réhabilitation psychosociale et hébergement : les soignants en hébergement thérapeutique déroulent des programmes de soins selon les grandes étapes de la réinsertion et les techniques de réhabilitation. Hier alternatif, aujourd'hui issu du redéploiement sectoriel, l'hébergement se prépare aux réseaux... Exemples de dispositifs . »

Joël BARDEL

Patrick BIREN

Marie Rose FOLMER

Blanche MELIARENNE

Alain MORO

Martine SCHYN

***Nantes 1998 Lyon 1999***

## 1<sup>ère</sup> partie Hébergement et dispositif de soins Nantes

### LE REDEPLOIEMENT Bl. Méliarenne

Pour nous, l'hébergement thérapeutique concerne une population précise : celle de notre quotidien, des patients en grande majorité psychotiques et désinsérés.

Nous situons l'hébergement thérapeutique dans l'organisation sanitaire en santé mentale qui reflète, selon nous, l'évolution actuelle de la psychiatrie avec ses avancées et ses aléas.

Afin d'étayer notre réflexion, nous avons interrogé plusieurs équipes représentatives d'une diversité de travail dans notre champ.

Tout ceci afin d'introduire la discussion sur les questions suivantes :

1 - *Quels « répercussions » ou « échos » peut avoir le décret de 03/86 sur les projets de service ?*

2 - *Y a t'il des stratégies de soins à mettre en place face aux difficultés administratives rencontrées quotidiennement ?*

3 - *Quel est notre objet :*

*. l'hébergement ?*

*. le soin ?*

*Peut-on concilier les deux ?*

Ce symposium : a pour objet de réfléchir ensemble sur l'état actuel de ce type de structures alternatives ainsi que sur leur devenir.

Nous souhaitons pouvoir échanger, débattre, le plus largement possible.

Les textes, l'état des lieux puis l'analyse ...

## LOIS ET DECRETS CONCERNANT L'ORGANISATION SANITAIRE EN SANTE MENTALE

TEXTES OFFICIELS	CONTENU
<b>30/06/1838</b> <b>Loi n° 7443</b>	Chaque département doit avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner des aliénés. Ce sont des établissements publics avec possibilité d'hospitalisation en Placement Volontaire et en Placement d' Office.
<b>Décret du 20/05/1955</b>	Définition d'un lieu polyvalent de Consultation et de suivi ambulatoire des patients (Dispensaire d'Hygiène Mentale)
<b>Circulaire du 15/03/1960</b>	Organisation et équipement en Santé mentale : introduction de la sectorisation avec une large diversification du dispositif de soins (Dispensaire d'Hygiène Mentale, Hôpital de Jour, Foyer de Postcure, Ateliers protégés)
<b>31/12/1970</b>	Loi portant sur la réforme hospitalière
<b>13/07/1971</b>	Loi instaurant l'A.A.H. aux Adultes Invalides permanents à 80 % à condition de ne pas travailler
<b>14/03/1972</b>	* Arrêté fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.  * Circulaire n° 431 fixant la création de Commissions Techniques Régionales pluridisciplinaires. Avec ces textes apparaît la notion de SECTEUR
<b>Circulaire n°443 du 16/03/1972</b>	Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.
<b>Décret n° 74-27 du 14/01/1974</b>	Règles de fonctionnement des Centres Hospitaliers et des Hôpitaux locaux.

<b>Loi du 30/06/1975</b>	Loi d'orientation portant sur les rôles respectifs des secteurs sanitaire et social. Elle inclut 2 types d'actions : dispositions destinées à la personne et celles destinées à l'environnement.
<b>Circulaire n° 896 AS du 15/06/1979</b>	Accueil et Urgences en psychiatrie : 4 objectifs de l'accueil et de l'urgence psychiatrique : réception permanente des appels, intervention d'un médecin psychiatre sur le lieu de crise, transport des malades, accueil spécialisé.
<b>25/07/1985</b>	Réforme de l'article 326 du code de Santé publique : législation du secteur qui devient une circonscription géographique. Instauration du Conseil Départemental de Santé Mentale. Autonomisation de la lutte contre l'alcoolisme par rapport à celle menée contre les autres pathologies mentales. Accent mis sur la PREVENTION, le DIAGNOSTIC, les SOINS
<b>Circulaire n° 85 1403 du 30/12/1985</b>	Mise en place d'un système unique de financement couvrant la prévention, le diagnostic et les soins sur la base des régimes de l'Assurance Maladie. Alors que jusque là, les dépenses des secteurs étaient du ressort du Conseil Général, elles passent sous la responsabilité des hôpitaux.
<b>Loi n° 85 403 du 31/12/1985</b>	Introduction du secteur dans la loi de réforme hospitalière du 31/12/1970 et mise en du décret du 30/12/85.
<b>Décret n° 86 602 du 14/03/1986</b>	Relatif à la lutte contre les maladies mentales et A l'organisation de la sectorisation ; mise en place d'un dispositif concernant les structures alternatives à l'hospitalisation. Ce décret définit 12 structures de soins différenciées selon qu'elles comportent ou non un hébergement.
<b>27/07/1987</b>	Loi réorganisant les établissements hospitaliers et l'équipement sanitaire.

TEXTES OFFICIELS	CONTENU
<b>Circulaire n° 5780 du 21/12/1987</b>	Relative à la planification en Santé Mentale : Elaboration du Schéma Département d'Organisation (S.D.O.) avec une planification sur 5 ans.
<b>Circulaire du 14/03/1990</b>  <b>Loi n° 90 257 du 27/06/1990</b>	Redéfinition de la politique de secteur et de la place de la psychiatrie à l'hôpital général. Mise en place d'un ensemble d'objectifs à atteindre dans les 5 ans à venir et concernant : l'accueil, les prestations ambulatoires et à temps partiel, les soins à temps complet, la réadaptation, la coordination avec les autres dispositifs de soins et de prévention, des interventions dans les structures sociales ou éducatives et médico-sociales, la participation à des programmes de santé particuliers.  Loi réactualisant la loi du 30/06/1838
<b>Circulaire du 11/02/1991</b>	Relative à l'élaboration de la carte sanitaire en psychiatrie. Elle définit les indices de besoins concernant les équipements psychiatriques et réduit substantiellement le nombre de lits nécessaires et suffisants pour 1000 habitants, tout en proposant une nouvelle notion d'indice partiel et d'indice global. Cette circulaire rappelle également que « les appartements thérapeutiques constituent des unités de soins à visée de réinsertion sociale mise à disposition de quelques patients pour des durées limitées. Ils sont à distinguer des appartements associatifs en ce sens qu'ils constituent un équipement du secteur nécessitant une présence importante de personnels soignants.
<b>Loi n° 91 748 du 31/07/1991</b>	Elle porte sur la réforme hospitalière. La carte sanitaire de la psychiatrie est arrêtée par les Préfets de région (et non plus par le Ministre). Le suivi est assuré par le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale (S.R.O.S.S.).
<b>Circulaire n° 70 du 11/12/1992</b>	Relative aux orientations de la politique de Santé Mentale en faveur des enfants et des adolescents
<b>Circulaire du 14/03/1993</b>	Orientations de la politique de Santé mentale en France. Elle est la référence en ce qui concerne le Schéma Régional en Psychiatrie
<b>Circulaire DGS/SP n° 48 du 19/07/1993</b>	Rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux.
<b>Loi 94-43 du 18/01/1994</b>	Les hôpitaux peuvent ouvrir des structures médico-sociales.

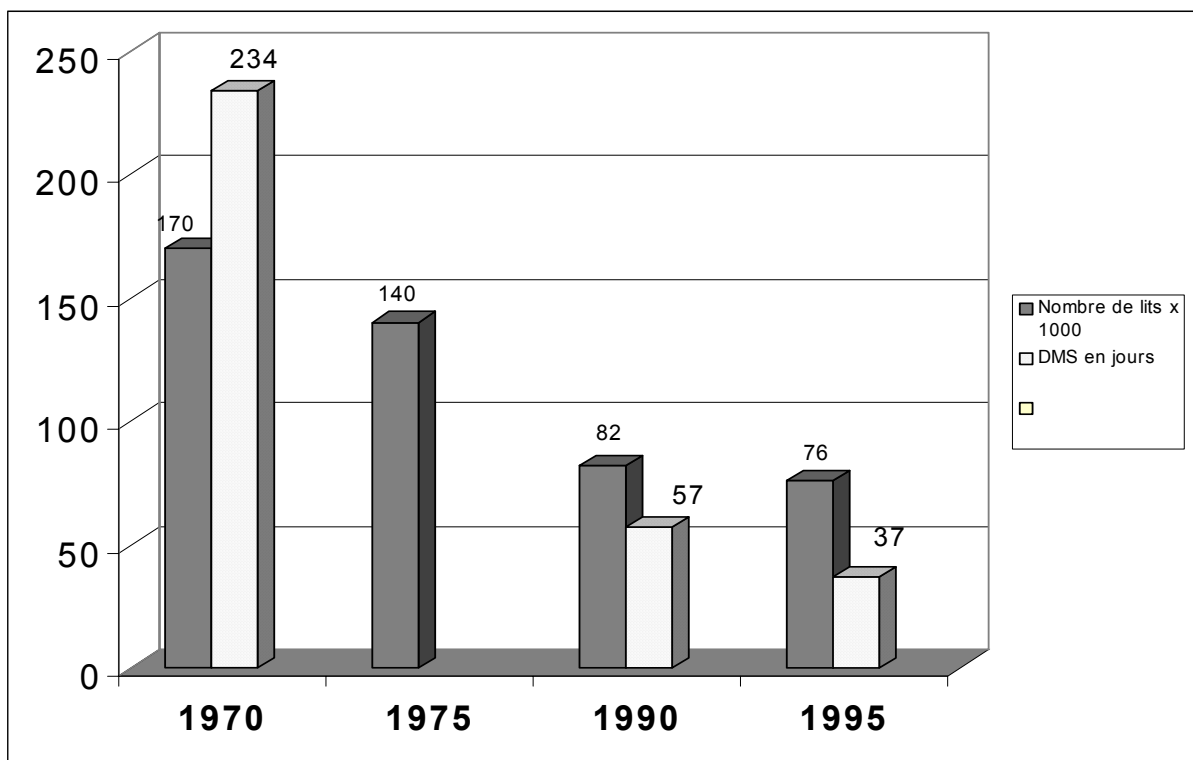
## PRESENTATION DES QUESTIONNAIRES ET DES TRANSPARENTS M. Schyn

Ce que l'on vous présente n'est pas une étude statistique impartiale. Nous avons fait le choix délibéré de nous adresser à des équipes connues du GERART, engagées depuis longtemps dans l'hébergement thérapeutique et qui partagent les questionnements maintes fois abordés lors des précédentes rencontres du GERART.

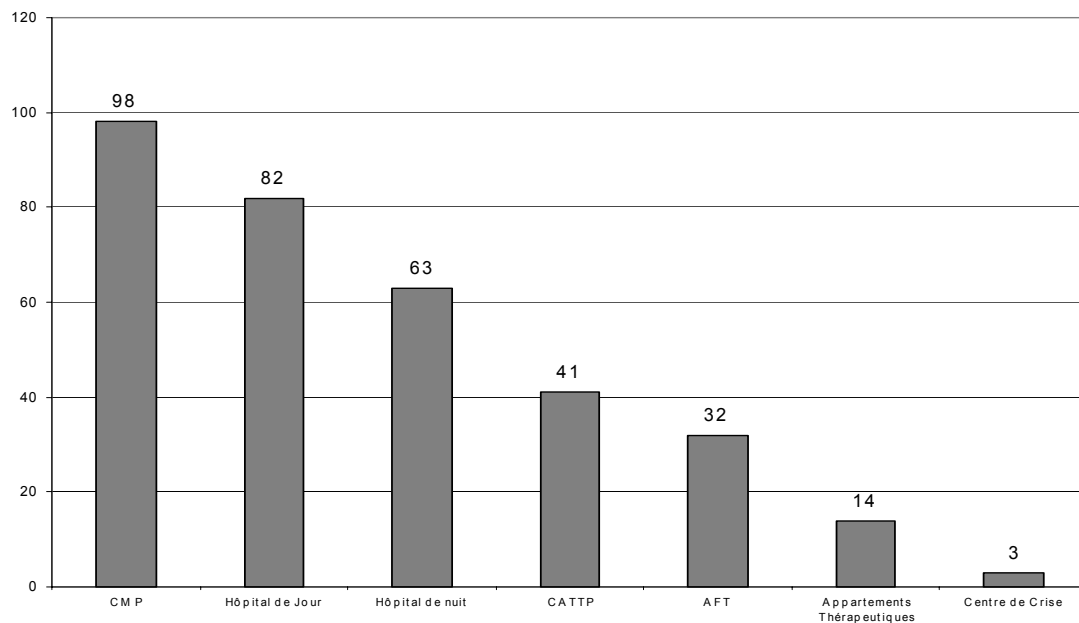
Nous nous sommes ici volontairement limités au champ psychiatrique bien qu'il ne soit pas inutile d'interroger les structures d'accueil pour sidéens ou toxicomanes qui sont souvent intervenues dans nos journées d'études.

Ces structures psychiatriques ont en commun un certain nombre de principes de base que l'on pourra essayer de résumer plus loin. Elles sont actuellement interpellées si ce n'est menacées par les restructurations induites par la politique de santé ces dernières années.

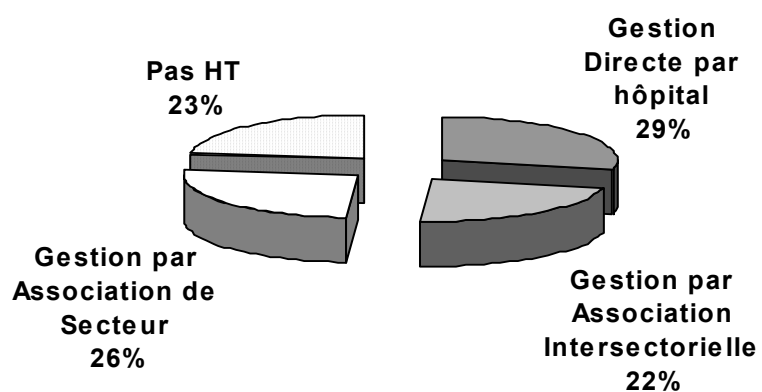
### La déshospitalisation :



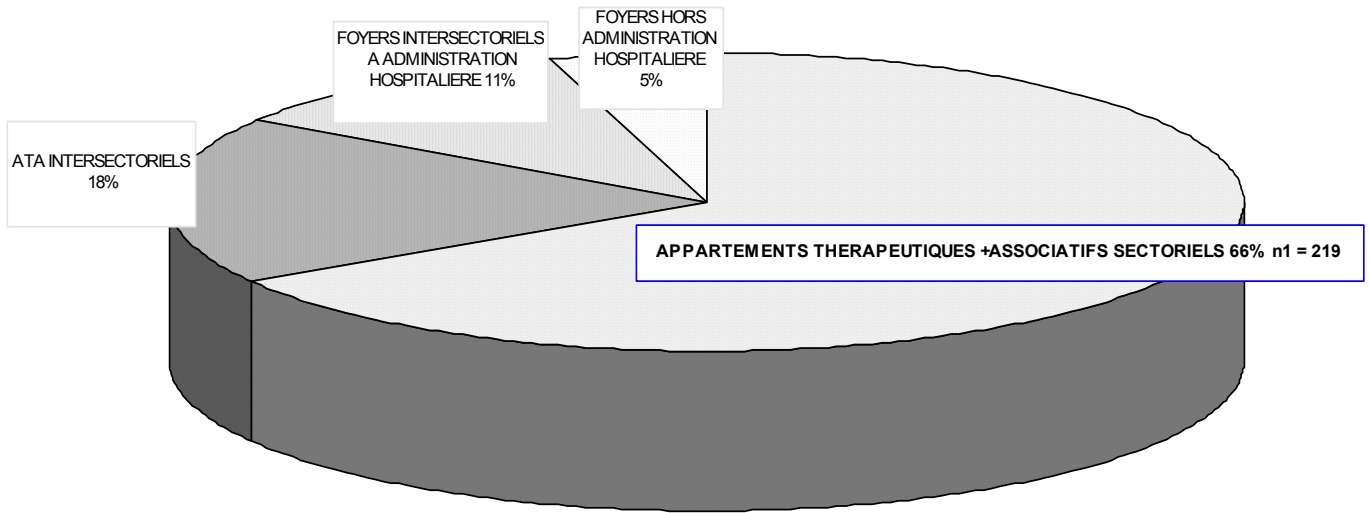
## LE REDEPLOIEMENT EN NOVEMBRE 1997



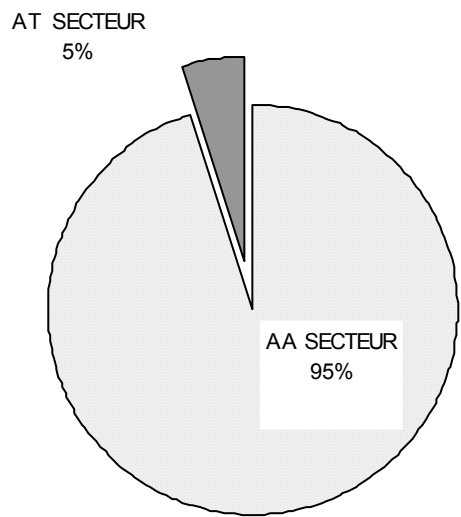
## L'état des lieux



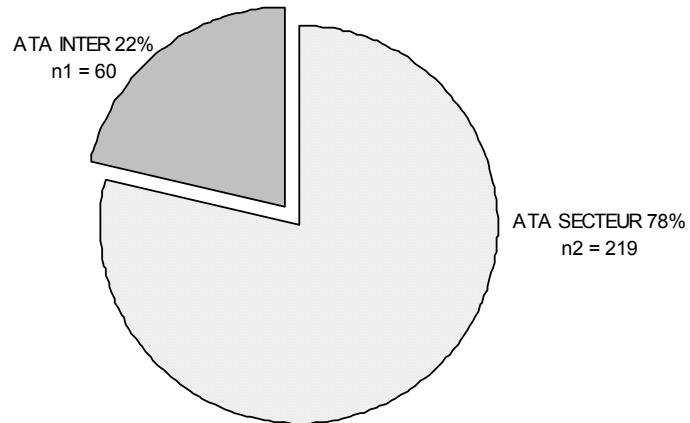
PREFERENCE DE TYPES D'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE DES SECTEURS INTERROGES PAR LE GERART n = 331



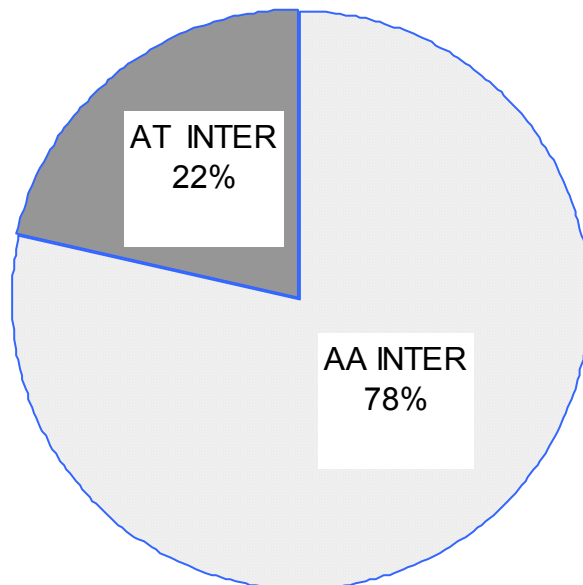
**% APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES- APPARTEMENTS ASSOCIATIFS SI GESTION SECTORIELLE n = 219**



**REPARTITION PAR SECTEURS DES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES  
ET DES APPARTEMENTS ASSOCIATIFS (Sectoriels et Intersectoriels) n =  
279**



**% APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES - APPARTEMENTS  
ASSOCIATIFS SI GESTION INTERSECTORIELLE (Association ou  
Hôpital) n = 60**



- Proposer d'abord le redéploiement ;

- illustrer ce questionnement toujours ouvert « hébergement ou soin » dont découle toute la construction administrative, l'identité des soignants, le statut des résidents ; cela nous renvoie à la conception des soins aux psychotiques que nous semblons partager au GERART.

Nous nous reconnaissons une certaine filiation avec la psychothérapie institutionnelle, les mouvements d'anti-psychiatrie et de désinstitutionnalisation anglaises et italiennes, les courants psychanalytiques autour de Racamier, Sassolas ainsi que les divers courants lacaniens dont se réclament nombre de nos intervenants.

Le sujet reste donc au cœur de nos préoccupations. Les équipes ont besoin de se saisir de la démarche de création de lieux de rencontre entre les patients et les soignants et non pas subir le cadre imposé par exemple à l'hôpital avec des règles rigides et une interchangeabilité des soignants qui ne peut que les déposséder de leur outil de travail.

Il est donc important que l'équipe se reconnaisse comme telle, croie à ce qu'elle fait, ait suffisamment d'investissement narcissique dans la structure pour en supporter l'insécurité et les autres difficultés. Le cadre est forcément lacunaire, mais solide. La notion d'anticipation thérapeutique est « matérialisée » dans la démarche de projet au cours de contrats personnalisés avec le résident. La mobilisation du patient est recherchée dans son implication au projet.

La préoccupation de l'insertion sociale est toujours présente. De même, la préoccupation de marquer des territoires différents, avec des interlocuteurs différents, donc de lutter contre la confusion dedans - dehors, que l'on retrouve chez tout psychotique.

Le redéploiement est actuellement la seule possibilité de création de structure (ou Unité Fonctionnelle). C'est donc la reconversion de lits ou de places et la ré affectation du personnel.

**I - Au sein d'un même secteur,** le nombre de lits est fixe,.

On les convertit en places :

- d'appartements thérapeutiques
- d' A.F.T.

mais aussi en l' H.D.J. - C.A.T.T.P etc.

Les coefficients de reconversion sont parfois obscurs et ne sont peut-être que le fruit de négociations avec les instances locales. On a pu voir aussi des reconversion de lits d'hébergement (hôpital de nuit, appartements thérapeutiques, A.F.T. ) ou places dans des structures de soins. Les moyens en personnel sont alors constants. Cela dépend donc de la politique thérapeutique du secteur mais aussi de la politique des instances qui définissent les priorités (actuellement, exclusion, adolescents, accueil des urgences). Rôle du SROS, de l'ARH.

On voit bien les disparités que peut entraîner cette situation. Un service disposant de 200 lits dans un grand C.H.S. pourra redéployer des moyens importants et se doter de toutes les structures de l'arrêté 86 par exemple. Un service peu équipé disposant de 35 lits ne pourra pas redéployer grand chose et sera donc tributaire pour ses créations du redéploiement à plus large échelle.

**II - Au sein d'un hôpital.**

C'est la création de structures intersectorielles par mise en commun de moyens. C'est un mouvement qui a l'air de prendre de l'ampleur, on voit ainsi des projets de foyer, des Centres de crise, H.D.J., maison communautaires.

**III - Au sein d'une région.**

Par exemple, Paris a été déclaré excédentaire et un large redéploiement imposé par les tutelles se met en place, malgré les mouvements de protestation et de résistance des personnels. Ces moyens devraient être affectés à la région parisienne, entre autre au 95 (Val d'Oise) et 77 (Seine et Marne) départements en expansion démographique et ne disposant pas de beaucoup d'équipements. Ces effets se sont faits ponctuellement sentir mais restent bien timides. On rejoint là le rôle essentiel de l'A.R.H. qui se met en place.

**IV - Au sein du pays.**

Se diluent encore plus ces moyens mis à disposition de façon globale.

**V - Allant même jusqu'à quitter la psychiatrie** pour être affectés au MCO. Plus rien n'est alors lisible. On voit donc que la tendance est sous couvert de rationalité, d'impulser de haut en bas, des schémas de soins dans un contexte d'accréditation et de rationnement économique qui éloignent beaucoup de la créativité de terrain.

## HEBERGEMENT ET SOIN

Cette distinction peut se faire par le statut juridique, l'identité des intervenants et le mode de financement.

Les résidents sont-ils hospitalisés ou non ?

Quels sont les modes de financements ?

- prix de journée - S.Sociale
- prix de journée D.A.S.S.
- subventions
- autofinancement.

### **I - Si les résidents sont considérés comme hospitalisés.**

L'hôpital touche un prix de journée (ou bien un budget global).

Ils peuvent devoir payer un forfait journalier.

L' A.A.H. est diminuée.

Ces structures peuvent s'appeler : appartements thérapeutiques ou maisons communautaires.

Il en existe peu mais, nous pouvons citer Reims et le Foyer Tiphaine.

L'hôpital est locataire, gestionnaire et peut s'occuper de tout le côté matériel.

Il n'y a pas d'autonomie, ni de l'équipe ni à fortiori des patients.

Cela peut s'appeler une hospitalisation externalisée. Le risque est grand de recréer des micro asiles (Patrick CHALTIEL nous en parlait déjà en 89 lors des premières journées du GERART en faisant l'analogie avec « l'objet fractal »). La médiation de la vie quotidienne, du maniement de la réalité est réduite à sa plus simple expression et les phénomènes de chronicité peuvent d'autant plus se réinstaller.

Il serait intéressant que l'équipe de Reims puisse nous expliquer comment ils ont fait pour éviter les écueils et ont pu se servir de ce statut et nous dire si cela peut perdurer dans le contexte actuel.

Le Dr DENIAU à Corbeil se débat quant à lui avec les règles de gestion hospitalière de la maison communautaire où la participation financière des patients à la vie quotidienne est absorbée par l'hôpital sans être redonnée in extenso pour l'usage prévu (repas).

L'exemple du Foyer Tiphaine peut aussi nous éclairer. A.A.H. diminuée, forfait hospitalier demandé. Ils ont réussi à obtenir 2 places hospitalisation de nuit (possibilité C.A.T. - H.D.J.) car les patients résidents ne peuvent fréquenter des structures à prix de journée.

**II - Si les résidents sont considérés comme hébergés et non soignés**, ils peuvent être dans des « foyers » éclatés ou non à statut social (financement D.A.S.S. etc..).

Il n'y a pas de personnel soignant mais un personnel éducatif. On a là une séparation nette entre les soins individuels (thérapie - médicaments...) et l'assistance au logement. Mais lorsque cela s'adresse à un public de patients psychiatriques (psychotiques par exemple) cela nécessite une coordination étroite entre les équipes de soins et l'équipe d'hébergement.

Espérance Paris a un recul important dans ce domaine et nous pouvons le citer. La part thérapeutique du transfert, des phénomènes de groupe ne sont pas forcément analysés ni utilisés dans le processus de soins qui se passe ailleurs. On peut se priver d'un outil intéressant et le risque de déni de la pathologie ou de chronicisation de celle-ci n'est pas négligeable. Beaucoup d'équipes éprouvent donc la nécessité de se situer dans le champ du soin et de se doter de moyens nécessaires (supervision par un psychologue etc. ).

Michèle DRANCOURT, psychologue d'Espérance Paris, pourrait en parler mieux que nous. Se pose sans doute le problème du financement de cet aspect - statut du personnel mise en place de la formation.

**III - Le cas le plus fréquent**, les résidents ne sont pas hospitalisés, ni hébergés dans des structures sociales. Ils sont en général sous locataires d'une association gérée par des soignants du secteur psychiatrique. Les financements en sont divers, subventions, dons, autofinancement et participation des résidents au loyer. Les

résidents se prennent en charge pour leur vie quotidienne et doivent avoir des ressources suffisantes pour cela (A.A.H. - R.M.I plus A.P.L - travail protégé ou non).

Nous pouvons nous reporter aux expériences de Palaiseau, Paris 11<sup>ème</sup>, Montmorency, Levallois, Corbeil, et sans doute bien d'autres représentés dans cette salle.

Les résidents sont en général des psychotiques suivis sur le secteur. Le champ de prise en charge individuel est bien séparé de celui de l'hébergement (lieu différent, interlocuteur différent) mais ce qui se passe dans l'appartement est pris en compte dans un espace se voulant aussi soignant. Ainsi l'abord particulier de l'espace, du temps, le nouage aux autres est sans cesse interrogé. Les phénomènes de transfert repérés et analysés, dans la mesure du possible bien sûr. Ce qui nous spécifie bien dans le champ psychiatrique (que se passe-t-il par exemple dans des appartements pour sidéens ou toxico. Est-ce le lieu de soins somatiques, de protocoles particuliers ? H.A.D.).

On reconnaît au patient ainsi désigné le droit à un espace privé ou privatif tout en le maintenant dans un lien avec nous matérialisé par le contrat qui borne aussi notre droit de regard.

Suivant la personnalité des équipes, leurs inquiétudes, leur tolérance, le regard est plus ou moins fréquent, les exigences plus ou moins contraignantes (occupation dans la journée etc..)

Le risque de vouloir tout contrôler pour un patient existe, en lui offrant une palette complète de lieux de prise en charge, sans lui laisser le loisir de découvrir sa propre voie. C'est ainsi que souvent sont couplés des indications d'H.D.J. avec l'hébergement et pourquoi pas de club thérapeutique ou de centre de crises le soir si cela existe (c'est très rare).

Attention à l'omnipotence qui peut se cacher derrière les meilleures intentions et que l'attitude passive d'un patient, avec lequel pourtant la demande semblait avoir été travaillée, ne manque pas d'induire.

**IV - On peut parler aussi de la place de l'entraide**, des réseaux de self-aide où la présence soignante est réduite. l'appartenance à l'association, au groupe est un élément fondamental et contenant. On a peu d'exemple à citer en France dans le GERART mais cela nous fait penser à Fountain House à New-York (un atelier en parle).

Tout cela ouvre le débat sur cette place de l'hébergement dans nos secteurs.

Nous croyons que pour la plupart d'entre nous les appartements associatifs constituent un outil de soin, ce qui justifie le paiement de nos salaires par l'hôpital. Cet outil ne peut être pertinent que s'il permet que le patient soit considéré comme un sujet. D'où une grande difficulté à concevoir des appartements thérapeutiques plutôt qu'associatifs.

Maintenant se pose la question de la possibilité de continuer un travail public sous forme associative échappant aussi en partie à une administration qui a pour mission de contrôler et d'accréditer. Le spectre de l'A.R.C. flotte sur nous. Alors pourquoi ne pas se tourner plus vers le champ social, hors administration hospitalière et offrir l'étayage nécessaire aux patients sans maîtriser le cadre d'hébergement ?.

Ces questions sont posées par des équipes bien équipées qui se demandent si on ne crée pas une micro société aux fonctions bien étanches (St Quentin en Yvelines - M Blanche)

A contrario, le mouvement actuel semble être de demander la création de structures très contenant, maisons communautaires intra ou extra hospitalières, pour pouvoir fermer les lits occupés par des chroniques.

Est-ce un néo asile plus humain et plus « clean » ? On a la tentation d'essayer toujours d'adapter l'hébergement à la psychose en suivant sa pente naturelle et non en essayant de la prendre à « rebrousse - poil » comme en parle si bien Sassolas, pour ouvrir une insertion possible au patient psychotique dont on n'a pas dénié la pathologie.

C'est pourquoi personnellement, nous préférons parler d'outil de soin dynamique en évoquant les appartements associatifs qui se situent dans cette frontière hébergement - soin, appartenance - individualisation, individuel - collectif.

Pour ceux qui depuis longtemps s'occupent d'appartement collectif, l'avenir semble être dans l'offre de logements individuels et de baux glissants se démarquant de plus en plus d'une prise en charge institutionnelle.

## **LES ORIGINES DE L'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE EN FRANCE.**

Tandis que le mouvement antipsychiatrique dans les pays anglo-saxons a permis l'éclosion des structures communautaires en rupture avec le système hospitalo-asilaire, en France, la psychothérapie institutionnelle avait pour ambition une conversion de l'asile en dispositif de soins authentiques, et concevait la politique de secteur comme un pont jeté entre l'institution hospitalière et la communauté.

Le mouvement de désinstitutionnalisation vise la promotion de structures alternatives dans un cadre associatif : celui-ci permet de sortir du système pyramidal et hiérarchisé de l'administration hospitalière.

Parmi les associations pilotes ayant innové de véritables structures intermédiaires citons les CHRS. à Paris par exemple,

- dans le cadre communautaire: Association Espérance Paris
  - dans le cadre sanitaire : Association Aurore qui comporte deux foyers qui s'éclatent en appartements.
- Relevons aussi la parenté de certains CHRS avec les lieux de vie.

D'autres instruments de soins diversifiées, d'autres structures plus légères que l'hôpital sont nées dans un cadre institutionnel :

L'Elan retrouvé en 1948 inaugure de formules de soins alors inédites : club thérapeutique, foyer de post-cure, hôpital de jour avec atelier de réadaptation, centre de psychopathologie du travail...

## 2<sup>ème</sup> partie Hébergement et Réhabilitation psychosociale Lyon 1999

### LA REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE J.Bardel

Articulé au congrès de Nantes avec le redéploiement, l'HT a tenté à Lyon de s'accommoder de la RPS. Lieu oblige, le CH du Vinatier concentre nombre de spécialistes français de la RPS. Actualité oblige, un congrès sur ce thème en 1999, un autre prévu en l'an 2000. Mondial celui là ; est ce à dire qu'il y a une mondialisation de la psychiatrie ... ce qui dans notre esprit s'associe à pensée unique ? à moins que « réhabilitation psychosociale » ne vienne tout simplement désigner « psychiatrie »...

Terminologie à la mode depuis les années 80, elle est venue d'outre atlantique par l'intermédiaire entre autre des écoles de sociologie urbaine qui avaient intégrés les théories de la psychologie du travail (Mayo, Lewin, Moreno). Autant dire donc, que la RPS est une approche de psychiatrie qui nous vient plus de la communauté que des psychiatres. Quand ce ne sont pas les patients eux mêmes qui par leurs associations (WARA), leurs institutions qu'ils ont créées (Fountain House), ont imposé cette terminologie !

Les définitions abondent :

- Crédo en treize principes selon Deleu de Charleroi.
- « Equipement prothétique » selon l'R. P. Lieberman.
- « Sociabilité contenue » dans des schémas cognitifs selon Chambon.
- « Adaptation face à un handicap » selon Lalonde de Montréal.

...

En France on définit la RPS comme l'articulation du sanitaire et du social... à ceci près que certaines articulations ont des rotules, qui permettent des transitions (cf schéma de Wood sur les expériences de santé et les soins correspondants) et évitent de se faire enfermer dans ce qui est désormais bien connu par « la patate chaude » : « *désolé c'est du social... désolé c'est du soin* ». Réussir à passer « habilement » de l'un à l'autre c'est aussi penser de nouvelles organisations du soin : intersectorialité, départements, fédérations, réseaux... et ravalier le secteur psychiatrique au rang d'outil historique de la déshospitalisation.

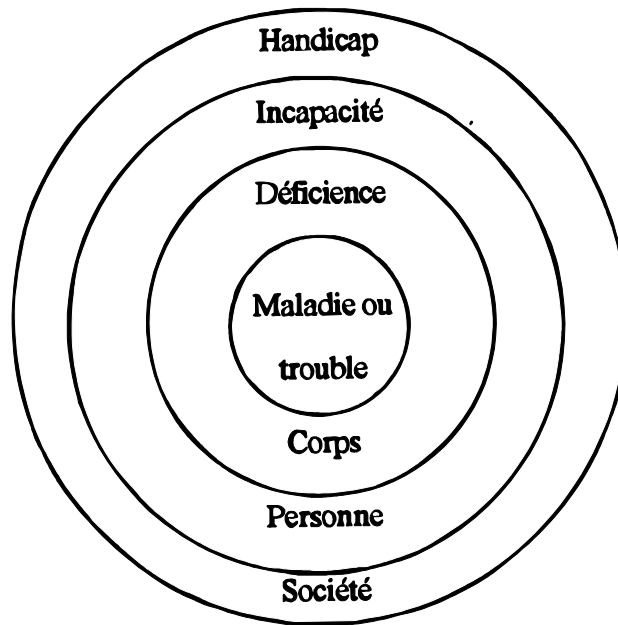
A défaut d'une définition universelle de la RPS, une analyse de la littérature et des pratiques montre qu'on peut la définir comme un mélange harmonieux de 5 ingrédients :

- Définition des actions de soin
- La place des usagers
- La citoyenneté et la place de la communauté
- L'attention particulière portée aux habilités sociales
- L'évaluation de la qualité des soins et de la qualité de vie (satisfaction des usagers) dans une volonté d'ouverture et de transparence des institutions, visant à éliminer les féodalités (la « désinstitutionnalisation »), et visant à la promotion de nouvelles organisations du soin .

### 1 DEFINITION DES ACTIONS DE SOIN

La désormais classique classification des handicaps de Wood a permis de sortir du modèle anatomo-clinique hérité du XIX<sup>ème</sup> siècle. Si l'approche du handicap a pu avoir comme effet délétère le raccourci pessimiste psychose = AAH + NAP + Tutelle elle a pu, à la suite de Wood, redéfinir le soin au travers d'expériences de santé. Cette approche est résumée sur la première page des certificats médicaux de la Cotorep et que nous l'avons trouvée résumée dans le schéma suivant (revue « handicap »).

## Les différentes conséquences de maladie



Les **déficiences** (impairments) : Ce sont des « expériences de santé » qui se situent sur le plan des organes ou des fonctions élémentaires.

« Dans le contexte de l'expérience de santé, une déficience c'est toute perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Les déficiences peuvent exister à l'insu de l'intéressé, reconnaissables seulement par l'entourage ou par un professionnel.

Les **incapacités** (disabilities) : Ce sont des « expériences de santé » qui se situent sur le plan des gestes et actes élémentaires de la vie de tous les jours.

« Dans le contexte de l'expérience de santé une incapacité c'est toute restriction ou absence d'aptitude (résultant d'une déficience) à exécuter une activité de la manière ou avec l'ampleur considérées comme normales pour un être humain ». Cette activité peut être une tâche (task), une qualification (skill) ou un comportement (behaviour).

Les **désavantages sociaux** (handicaps) (social disadvantages) : Ce sont des « expériences de santé » qui se situent sur le plan des rôles sociaux.

« Dans le contexte de l'expérience de santé, un désavantage social concerne un individu donné. Il résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche l'accomplissement d'un rôle social qui serait normal pour cet individu (selon l'âge, le sexe et les facteurs sociaux et culturels) ». Le désavantage est donc un phénomène social, exprimé dans toute sa complexité relève intrinsèquement de la maladie.

Aux déficiences correspondent les soins de **cure**

Aux incapacités correspondent les soins de **réadaptation**

Aux désavantages sociaux correspondent les soins de **réhabilitation**.

Ainsi la réhabilitation psychosociale s'entend tout à la fois comme le soin spécifique du désavantage social et comme l'ensemble des processus qui mènent à l' (la) (ré) insertion.

## **2 USAGERS A. Moro**

L'ordonnance du 24 avril a donné un nouvel élan à la question des droits des patients :  
Les établissements sont tenus de procéder à des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge.

### **LIVRET D'ACCEUIL**

Les établissements doivent remettre un livret d'accueil (bon nombre d'établissements n'ont pas encore un livret d'accueil) comportant en annexe la charte du patient (décret du 6 mai 1995 dont les principes généraux sont :

- l'accès au service public hospitalier
- Qualité des soins
- Information du patient et de ses proches
- Acte médical pratiqué avec le consentement éclairé du patient
- Consentement spécifique pour certains actes
- Liberté individuelle
- Respect de la personne et de son intimité
- Droit à la vie privée et à la confidentialité
- Accès à son dossier médical en rapport à son médecin traitant
- Voies de recours observations sur les soins et l'accueil, réparation si préjudice

### **COMMISSION DE CONCILIATION**

Toujours suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 une **commission de conciliation** doit être créée dans chaque établissement à l'effet d'assister et d'orienter les patients victimes d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement.

#### **composition**

- 1) Un président membre de la commission médicale d'établissement
- 2) Un médecin conciliateur
- 3) Un représentant du personnel infirmier
- 3) Deux représentants des usagers qui siègent au conseil d'administration des établissements publics (nommés par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation après avis du préfet du département)

#### **Fonctionnement**

- 1) organisation : la commission établit un règlement intérieur
- 2) réunions : Au moins 3 réunions par an
- 3) permanence : une permanence par semaine
- 4) médecin conciliateur : reçoit les demandes et les réclamations
- 5) demandes et réclamations : présentées par écrit

#### **Missions de la commission**

- 1) Aspects juridiques : la commission ne peut se substituer aux mécanismes déjà prévus par le législateur (elle ne peut trancher un litige ni donner un avis sur la faute éventuelle de l'établissement, ni de proposer le montant d'une transaction si un règlement amiable est engagé.
- 2) Aspects pratiques : la commission n'a naturellement pas le temps de se réunir dès qu'une insatisfaction est exprimée.
- 3) Le secret médical est préservé.

En résumé, la Commission de conciliation est essentiellement une commission d'information et de rétablissement ou d'amélioration du dialogue entre les patients, ses proches et les institutions hospitalières. La commission est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice, et de l'informer sur les voies de conciliation et de recours gracieux et juridictionnelles dont elle dispose.

C'est en quelque sorte et surtout une amélioration de l'information située en amont de la conciliation qui est confiée à la commission.

On peut attendre de cette commission :

- 1) une diminution des litiges par leur traitement préventif
- 2) des réponses adaptées atténuant le risque de contentieux.

Par contre des intérêts demeureront inconciliables :

- 1) la responsabilité de l'établissement est engagée, mais le recours à la transaction est impossible
- 2) les prétentions de l'auteur de la réclamation sont excessives et démesurées.

On peut penser que la présence au sein de la commission des représentants des usagers, membre du Conseil d'Administration donnera un rôle valorisant et significatif.

## **LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LE CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Il s'agit d'une mesure tout à fait importante dont les effets à terme seront considérables dans la vie des institutions et pour la qualité des relations entre la population et les services hospitaliers.

La maladie mentale ayant parmi ses manifestations les plus graves la difficulté à communiquer, se pose la question spécifique de la parole et du travail que les associations de patients peuvent prendre et exercer.

A travers des associations telles que l'UNAFAM, la FNPA PSY, il est intéressant de connaître ce qu'elles souhaitent. L'UNAFAM réclame en priorité que la notion de santé mentale soit prise en compte.

- 1) plus de prévention
- 2) sensibilisation du grand public
- 3) manque de communication sur la santé mentale
- 4) manque de moyen budgétaire
- 5) plus de lits dans les hôpitaux généraux

La FNAP PSY milite pour que l'usager de l'hôpital exerce son droit de citoyen entre autre par une représentation collective : RSEHUS (réseau hospitalier des usagers).

## **3 CITOYENNETE**

On se référera aux écrits et à la pratique de J.L.Roelandt.

Un atelier, celui de l'équipe de Vélizy renvoie à l'implication des acteurs de la santé mentale dans la vie politique locale.

## **4 LES TECHNIQUES DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE M.R.Folmer**

Nous venons d'exposer longuement le concept de réhabilitation psychosociale et le dernier volet de ce symposium va traiter des applications pratiques dans le domaine de l'hébergement thérapeutique, c'est-à-dire les techniques de réhabilitation psychosociale.

Comment allons-nous travailler pour amener les résidents de nos appartements à la plus grande autonomie possible et au plus haut degré de bien-être possible ?

Comment allons-nous procéder pour que les résidents puissent fonctionner avec succès et satisfaction dans leur environnement, et cela avec un minimum d'interventions thérapeutiques ?

Hors des murs de l'hôpital, le résident a du mal à faire face à toute une série de situations car il manque de compétences.

La maladie l'a rendu plus vulnérable et il éprouve des difficultés à organiser et à gérer la vie de tous les jours.

Une réadaptation s'impose pour ces personnes, sans quoi leur réintégration sociale sera compromise. Il semble donc évident que le travail thérapeutique devra répondre à ce besoin, et les techniques de réhabilitation psychosociale peuvent être un outil utile pour atteindre ce but.

Aux Etats-Unis, Libermann et ses collaborateurs ont, depuis de nombreuses années, élaboré et proposé des méthodes d'intervention basées sur le modèle comportemental.

Des études ont montré que ces méthodes pouvaient être efficaces, pour des personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles psychiques chroniques, afin de leur permettre de nouveaux apprentissages et l'acquisition d'une meilleure compétence sociale.

Le modèle serait, par ailleurs, assez facile à apprendre et à utiliser, et pourrait répondre assez bien aux besoins des équipes soignantes confrontées à la réhabilitation psychosociale.

Les grands principes de ce modèle reposent sur :

- l'évaluation des capacités et des déficits,
- l'élaboration d'un projet (objectifs),
- le programme,
- les modules.

## **L'évaluation**

De nombreuses échelles d'évaluation ont été créées. Elles permettent, dans un premier temps, de faire l'inventaire des problèmes fonctionnels, des déficits mais aussi des capacités du patient. On peut ainsi déterminer le niveau de fonctionnement actuel et faire une description détaillée des capacités dans différents domaines de la vie quotidienne, tels que :

- l'alimentation et la préparation d'un repas,
- les achats,
- la prise de médicaments,
- l'élaboration et le respect du budget mensuel,
- l'utilisation du téléphone,
- la prise de rendez-vous,
- l'hygiène corporelle,
- les soins de santé physique,
- les tâches domestiques,
- la négociation avec les voisins,
- la gestion du temps,
- l'utilisation des transports publics,
- la capacité à réagir à des situations de crise ou de danger (incendie, cambriolage, agression...),
- l'intégration dans la communauté...

L'évaluation se fait le plus souvent en 5 niveaux, et la notation est faite par le thérapeute et par le résident.

Ce travail débouche sur la définition des objectifs et des priorités. Ainsi se définissent les buts à atteindre à court terme, moyen terme, et long terme, afin d'atteindre une stabilisation dans le milieu de vie.

Plus tard, des évaluations périodiques permettront au résident et au thérapeute de se rendre compte des progrès réalisés et de définir de nouveaux objectifs.

## **Les modules**

Pour atteindre les buts, on recourt généralement à un mode d'intervention de type psycho-éducatif (sorte d'enseignement programmé). On parle de « modules », c'est-à-dire que, pour différents domaines de la vie quotidienne, on va élaborer un programme qui reprend toutes les étapes à franchir en vue d'atteindre une certaine compétence.

Dans les appartements, les apprentissages se font individuellement ou en groupe en suivant le rythme du patient. Le thérapeute rentre dans un rôle de « guide-accompagnateur » et il est évident qu'il doit toujours très bien maîtriser le sujet.

## **Le programme**

La réalisation du programme élaboré pour la durée du séjour en appartement se déroule selon un rythme propre au patient, et on peut distinguer trois phases différentes :

- 1) la première phase, au début du séjour, est marquée par un travail intensif visant à diminuer rapidement les déficits importants dans les habilités de base de la vie courante (par exemple l'alimentation). Le thérapeute est alors très présent (plusieurs rendez-vous par semaine).

- 2) la deuxième phase est caractérisée par une diminution de la présence du thérapeute et par un travail plus intensif dans le domaine des habilités sociales afin de permettre une meilleure intégration dans la société (par exemple : apprendre à fixer un rendez-vous par téléphone).
- 3) Enfin, lors de la troisième phase, le thérapeute n'apporte plus qu'un soutien minimum et le patient fait de plus en plus appel aux ressources communautaires pour résoudre ses problèmes ou pour parfaire son intégration (par exemple consulter une diététicienne pour suivre un régime alimentaire en cas d'obésité, fréquenter un groupe anti-tabac en vue d'arrêter de fumer, aller dans une chorale pour exercer ces talents musicaux...)

Des recherches ont montré qu'on pouvait, de cette manière, améliorer la qualité de vie des patients et leur permettre une meilleure réinsertion sociale.

Nous partageons pleinement ce point de vue, mais nous pensons que l'élaboration d'échelles d'évaluation et de modules est une affaire propre à chaque équipe thérapeutique.

Le travail devrait partir d'observations minutieuses des difficultés rencontrées par les résidents et des exigences du milieu dans lequel le résident évolue.

Il ne serait pas souhaitable de copier aveuglément un modèle venu d'Outre-Atlantique, donc adapté à une autre culture et à un autre contexte social.

## **BIBLIOGRAPHIE**

Chambon O., Trinh A. (1991)

Intérêt de l'évaluation de la qualité de la vie des malades mentaux chroniques lors du processus de réadaptation sociale.

Synapse, 77,77-86.

Chambon O., Marie-Cardine M. (1992a)

La réadaptation sociale des psychotiques chroniques. Approche cognitivo-comportementale.

Presses Universitaires de France, Série « Nodules », Paris.

Chambon O., Marie-Cardine M. (1992c)

Réhabilitation des troubles psychotiques ;

In : R. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux : Thérapie comportementale et cognitive ;

Ed. Masson, Collection « Abrégés », Paris

Chambon O., Laurent N., Marie-Cardine M. (1995)

Les approches comportementales et cognitives de la réadaptation sociale des patients schizophrènes.

In : G. Vidon. : « La réhabilitation psychosociale en psychiatrie ». Ed. Frison-Roche, Paris, 346-394

Favrod J., Barrelet L.

Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie.

J. Théor. Comport. Cognitive, 3,3,84-95

Liberman R.P. (1991)

Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques.

Masson, Paris.

## **5 EVALUATION - ORGANISATION**

Evaluation de l'organisation des soins, de la qualité des soins, de la satisfaction des usagers, de la qualité de vie... des échelles globales existent mais tout reste à faire pour le soin spécifique en appartement,

c'est à dire un soin qui :

- avec l'outil d'un hébergement organisé par des institutions associatives
- est censé procurer un bénéfice de santé supérieur à celui d'autres institutions où le patient aurait pu être soigné.

Si le secteur psychiatrique n'a pas les moyens économiques pour mettre en place ces outils, d'autant qu'un hébergement thérapeutique de qualité doit permettre le déroulement de programmes de soins différents, il lui faut s'unir au sein d'unités intersectorielles, ou de fédérations, ou de départements.

Confronté à d'autres équipes de soins que l'équipe de son secteur d'origine, le patient peut là aussi tirer un bénéfice de santé de cette discontinuité à la condition d'une articulation et d'un système de communication dont il reste à définir les minima.

Pour cela nous vous donnons rendez vous l'an prochain.