

MISSION D'APPUI AUX TERRITOIRES
SUR LES PRATIQUES DE
COOPÉRATION
ENTRE SANITAIRES ET SOCIALES

De Pau à l'ensemble des territoires de
la nouvelle Aquitaine

Dr Pierre GODART, chargé de mission ARS

RAPPEL DE LA MISSION

- ◉ À la demande de M. Michel Laforcade
- ◉ Sur le territoire de la nouvelle Aquitaine
- ◉ Après des structures prenantes en charge des personnes en situation de précarité
- ◉ Afin de diffuser un modèle collaboratif entre les équipes sanitaires et les intervenants sociaux
- ◉ À partir de l'exemple palois
- ◉ Accompagnement d'un certain nombre de sites en partenariat avec les directions départementales

POURQUOI PAU ?

- Une histoire qui a commencé il y a 13 ans;
- Une histoire de virage ambulatoire précoce;
- Une histoire qui s'est poursuivie et enrichie.

LES VALEURS QUI ONT PRÉVALU À PAU


- ⦿ La mobilisation de tous les acteurs institutionnels;
- ⦿ Le travail commun de tous les métiers;
- ⦿ Une logique de collaboration et de coopération;

LE CONTEXTE EN 2003

- Dans le champ sanitaire :
 - L'hôpital est saturé par des personnes stabilisées présentant des problématiques sociales;
- Dans le social :
 - Des travailleurs sociaux grande difficulté par rapport un certain nombre de personnes;
- Qui nous conduit en 2004 à:
 - Fermer une unité de soins
 - Réorienter les patients vers le social;
 - Réorienter les professionnels hospitaliers vers des interventions ambulatoires.

LES OBJECTIFS COMMUNS

- La réinsertion de patients psychiatriques chroniques, stabilisés
- La prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité



Nécessité de fortes coopérations et apprentissages communs des équipes soignantes et sociales

LA MÉTHODE

- ◉ **La création d'une maison relais :**
 - Pour 15 personnes
 - Prise en charge croisée sanitaire et sociale
- ◉ **Orientation vers les appartements gérés par une association:**
 - pour 10 personnes tout d'abord puis 30
 - Prise en charge par une équipe spécifique
- ◉ **La création d'une équipe mobile de soins dans la maison relais et dans les appartements (UDVS)**
 - Qui prendra en charge jusqu'à 110 personnes
- ◉ **Création d'une équipe mobile dans l'ensemble des structures sociales :**
 - Deux CHRS
 - Une structure pour jeunes de 18 à 25 ans
 - Une plate-forme d'accueil de personnes précaires dans la journée
 - Qui suivra 300 personnes
- ◉ **Ces équipes préfiguraient ce qui est devenu par la suite une équipe mobile de psychiatrie précarité avant la lettre puisque nous étions 2004**

L'ÉVOLUTION DE 2009

- ◉ Nous avons poursuivi le développement de notre coopération avec :
 - Création d'une permanence d'accès aux soins en santé mentale (localisée chez notre partenaire social)
- ◉ La création d'un SAMSAH spécialisé pour la prise en charge du handicap psychique
- ◉ Mise en place d'un séminaire de clinique psychosociale :
 - Le plus grand nombre de travailleurs sociaux des associations paloises ainsi que le CCAS;
 - Des équipes de soins;
 - Autour d'un sujet préparé par des équipes mixtes;
 - Autour de situations concrètes.

CE QU'IL FAUT RETENIR DE CET EXEMPLE PALOIS

- ⊙ Des résultats positifs pour les patients :
 - Possibilité de vivre en ville;
 - De redevenir citoyen;
 - Moindre recours à l'hospitalisation;
 - Durée d'hospitalisation moins longue;
 - Modification des représentations des travailleurs sociaux vis-à-vis de l'hôpital;
 - Un travail plus serein des « sociaux ».

DES DIFFICULTÉS DANS LES COLLABORATIONS

- Très bien décrite par :
 - M. Jaeger (l'articulation du sanitaire et du médico-social)
 - M. Laforcade et P. Ducalet (penser la qualité dans les institution sociale et médico-sociale)
- Pour les soignants :
 - Difficulté de sortir de leurs référentiels habituels. La guérison ou l'amélioration symptomatique est nécessaire avant l'insertion
 - Par les psychotropes ou le traitement psychothérapiQUE
- Pour les travailleurs sociaux :
 - Représentations asilaires de la psychiatrie : l'hôpital est un lieu devant accueillir toutes les personnes *déviantes*
 - Difficile de s'intéresser aux problématiques de santé : ce n'est pas notre travail.

MODÈLE PALOIS, QUEL MODÈLE ?

- En psychiatrie, des changements tous les 10 ans ?
 - Le secteur
 - L'amélioration des prescriptions
 - Les modifications des classifications
 - Réorganisation des filières de prise en charge par type
 - L'intégration de la notion de handicap psychique
 - Le travail de réseau et de partenariat
 - L'approche en termes de santé mentale et de gestion territoriale.
 - Etc.

QUELQUES OUTILS POUR RÉFLÉCHIR

- la conception partenariale de la santé mentale dans les 20 dernières années est la conséquence :
 - Des pratiques de secteur
 - De la crise professionnelle dans le monde de l'action sociale avec la souffrance des acteurs
 - Le processus de territorialisation des politiques de santé
 - L'intégration progressive des droits et de la participation des usagers

En conséquence, les modalités de partenariat étroit que nous avons développé à Pau s'inscrivent dans un mouvement qui touche la plupart des territoires de santé.

Dans ceux-ci un certain nombre de partenariats en santé mentale sont conçues comme des opérateurs de décroisement entre professions, institutions et associations, clivés traditionnellement.

Ces partenariats sont conçues comme des espaces producteurs d'une culture commune.

CONCLUSION

- La mission consistera donc à témoigner du caractère opérationnel des grandes tendances qui traversent la psychiatrie française en respectant les particularités locales.
- Il me faudra aider les acteurs à :
 - Se connaître ou se reconnaître;
 - Dégager les finalités partagées des objectifs globaux;
 - Connaître des systèmes culturels et identitaires dans lesquels chacun est inscrit;
 - Élaborer des modalités d'échanges;
 - Définir des modalités d'évaluation

Merci de votre écoute