



Centre Régional  
d'Études et d'Actions  
sur les Inadaptations  
et les handicaps

Depuis longtemps, des passerelles existaient entre le secteur social et médico-social et le secteur sanitaire de la psychiatrie, de par la présence de pédopsychiatres, psychiatres et psychologues dans les services et établissements du secteur social et médico-social et le recours aux soins de psychiatrie par leurs usagers, accompagnés par des travailleurs sociaux et des infirmiers.

Mais le paysage change de façon profonde par l'application de la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique, ainsi que la loi HPSP. De nouveaux services et établissements se créent en effet à destination des publics ainsi reconnus par les MDPH, et de nouveaux dispositifs transversaux se mettent en place.

Cette évolution poursuit celle entamée par la psychiatrie avec la sectorisation (fermeture de lits, ouverture de CMP dans des zones qui en étaient dépourvues) et avec l'ouverture de services et établissements médico-sociaux par des établissements hospitaliers, mouvement amorcé dès la fin des années 90.

C'est pourquoi, il nous a paru opportun de rassembler des données sur un domaine qui se trouve au carrefour de multiples enjeux : enjeux sociétaux, enjeux territoriaux de santé publique (schémas et plans), enjeux financiers et budgétaires, et enjeux de travail entre professionnels de différentes institutions.

*Pauline Guézennec (ex CREAi),  
Rachelle Le Duff, Jean-Yves  
Broudic, CREAi de Bretagne  
Avec la collaboration de Pascaline  
Feuillet, stagiaire en Master  
démographie (2012)*

# A propos de ...

N° 38 – Juin 2012

*(Ce numéro d'A propos reprend celui de mars 2012 ;  
certaines données ont été actualisées)*

## Psychiatrie, santé mentale, handicap psychique. L'évolution des dispositifs.

Dès que l'on parle de psychiatrie, de maladie mentale, de troubles psychiques, de handicap psychique... on est confronté à des questions de définition et de terminologie qui relèvent de champs disciplinaires et scientifiques spécialisés, de fonctionnement institutionnel et de reconnaissance administrative, ainsi que d'approches diverses.

Ces questions concernent aussi les estimations statistiques. C'est ainsi qu'on estime communément que les troubles psychotiques touchent 2 à 3% de la population française et que la prévalence de la schizophrénie serait de 1%. Ainsi, en Bretagne, toute population confondue, entre 62 000 et 93 000 personnes souffriraient de troubles psychotiques et plus de 30 000 personnes de schizophrénie.

Sans entrer dans les débats relatifs à ces définitions, notre objectif est ici de rassembler des données, à l'échelle de la Bretagne, sur :

### 1- L'offre en psychiatrie

- 1.1- L'offre en structures
- 1.2- L'évolution de l'équipement
- 1.3- La démographie médicale

### 2- L'activité de la psychiatrie (durée des séjours, file active, nombre de patients, hospitalisation...)

### 3- L'offre dans le médico-social

- 3.1- Les publics en situation de « handicap psychique » accueillis en structure médico-sociale
- 3.2 - L'offre médico-sociale

### 4- Les dispositifs transversaux

- 4.1- L'évaluation des situations par les MDPH / MDA
- 4.2- La coopération entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux : l'exemple de la Charte de coopération en Ille-et-Vilaine
- 4.3- Les Conseils locaux de santé mentale
- 4.4- Les équipes mobiles de psychiatrie
- 4.5- Les GEM, groupes d'entraide mutuelle
- 4.6- Des instances de travail permanentes psychiatrie - intervenants sociaux
- 4-7. L'hébergement et le logement
- 4-8. L'accès et le maintien dans l'emploi

### 5- Quelques constats et perspectives

Les données proposées dans ce document se basent sur des études de la DREES, des données de l'IRDES <sup>(1)</sup>, de l'ATIH <sup>(2)</sup> et de la SAE <sup>(3)</sup>, mais également sur des observations du CREAi Bretagne.

(1) IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

(2) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

(3) SAE : statistique annuelle des établissements de santé

# 1 – L'offre en psychiatrie

## 1.1- L'offre en structures

En 2010, la Bretagne recensait 26 établissements assurant des prestations de psychiatrie dont 15 établissements à but non lucratif et 11 cliniques privées (tableaux 1 et 2). La région compte 41 secteurs de psychiatrie générale, 15 secteurs de psychiatrie infanto juvénile et 38 dispositifs intersectoriels (tableau 1).

Les dispositifs intersectoriels peuvent prendre deux formes :

- soit les établissements ont établi des dispositifs non autonomes, ce qui correspond à des unités placées sous la responsabilité d'un médecin du secteur qui assure avec les moyens propres du secteur des prestations pour le compte d'autres secteurs,
- soit des dispositifs formalisés autonomes ont été mis en place.

Ces dispositifs assurent des missions complémentaires aux activités de secteur (exemple : unités intersectorielles orientées vers l'urgence, la gérontopsychiatrie, le pôle addictions – précarité...). Au total, 839 places sont en unités intersectorielles en 2009 dont près du tiers se situent sur le territoire de Vannes-Ploërmel- Malestroit.

La moitié des secteurs (adultes et infanto juvénile) sont rattachés à un établissement spécialisé en psychiatrie (EPSM), par contre 56% des dispositifs intersectoriels sont mis en place par un établissement public non spécialisé (le CH de St Malo a créé 40% de ces dispositifs).

**Le département des Côtes d'Armor** dispose uniquement d'établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Dans les trois autres départements bretons, au moins un établissement public de santé mentale est présent sur le territoire.

**En Ille-et-Vilaine**, le CHGR (C. H. Guillaume Régnier) est la structure la plus importante en nombre de places et de secteurs, puisqu'elle couvre l'ensemble du département en dehors des Pays de Redon et St-Malo.

**Dans le Finistère**, l'établissement spécialisé de Gourmelen de Quimper a un nombre de lits en hospitalisation complète inférieur au CH de Morlaix, du fait des réponses de proximité apportées par les CH de Quimperlé et de Pont l'Abbé.

**Dans le Morbihan**, l'équipement se répartit entre 2 EPSM, complété sur le Nord du Département par des CMP et un CATTP gérés par l'AHB de Plouguernevel (22).

Les CMP (cf. les cartes 1 et 2), qui constituent historiquement le pivot de la sectorisation (circulaire du 14 Mars 1990), autour desquels s'organisent toutes les actions extra hospitalières, **sont au nombre de 152 pour les adultes et 66 pour les enfants, soit 217 au total** dans la région en 2010. C'est dans le Finistère, avec 80 CMP, que ce dispositif est le plus répandu ; pour une population supérieure, l'Ille-et-Vilaine en dispose de 56. Quatre CMP sont spécifiques au milieu pénitentiaire en Bretagne dont 2 en Ille et Vilaine. **Depuis 2006, 25 CMP ont été mis en place en Bretagne, soit une hausse de 13% sur cinq ans.**

**En totalisant offre publique et offre privée, en 2010, la Bretagne a une capacité de 3 825 lits d'hospitalisation adultes à temps plein (tableaux 1 et 3) et 127 lits d'hospitalisations à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile.** Si on y ajoute le

placement familial thérapeutique, les appartements thérapeutiques, les centres de post-cure et l'HAD, le nombre de places est respectivement de 3 993 et 152.

La part de l'offre privée y occupe une place de plus en plus importante : 690 places en 2006, soit 19% de l'offre, 1008 places en 2010, soit 25% de l'offre.

Des disparités existent entre les territoires : le taux d'équipement en hospitalisation complète (lits pour 1000 hab. de + de 16 ans) est de 1,1 en France ; 1,5 en Bretagne (en CDA : 1,6 ; en Finistère : 1,6 ; en IeV. : 1,3 ; en Morbihan : 1,7). Mais l'hôpital de Pouguernevel (22) intervient sur le secteur nord du Morbihan.

### Encadré 1 : Données SAE

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) décrit l'activité de la psychiatrie sectorisée (secteurs et dispositifs intersectoriels) et l'activité des services de psychiatrie non rattachés à un secteur.

Les unités pour malades difficiles (UMD), les centres de soins spécialisés pour toxicomanes (devenus depuis 2003 des structures médico-sociales), les cliniques privées à but lucratif et certains services de psychiatrie implantés en CHU sont hors sectorisation.

En 2006, un bordereau d'enquête spécifique à l'autorisation d'activité en psychiatrie a été élaboré. C'est la première véritable évolution de la SAE touchant la prise en charge de la psychiatrie.

Cette source de données n'apporte pas d'informations sur les structures médico-sociales d'accueil pour les personnes handicapées psychiques même quand ces dernières sont rattachées à une entité juridique sanitaire.

### Encadré 2 : Données ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

En 2007, tous les établissements ayant une activité de psychiatrie ont l'obligation de mise en place du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-P) qui recueille les données d'activité, concernant :

- les séjours en hospitalisation à temps complet (et toutes les autres prises en charge à temps complet comme l'hospitalisation à domicile, le placement familial, les séjours en centres de post-cure psychiatriques) ;
- les séjours à temps partiel (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour, atelier thérapeutique et CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel) ;
- les données concernant l'ambulatoire (en psychiatrie le terme ambulatoire n'est pas un exact synonyme de l'ambulatoire en MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique). Il s'agit de tous les soins qui ne se font pas *intra-muros*, c'est-à-dire, en dehors de l'hospitalisation.

### Encadré 3 : Différents modes de prise en charge

Le temps complet :

- L'hospitalisation à temps plein
- Les séjours thérapeutiques : unité de soins hors de l'hôpital mise à la disposition de quelques patients pour une durée limitée
- L'hospitalisation à domicile
- Le placement familial thérapeutique : placement dans des familles d'accueil des patients de tous âges, dont le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille ne paraît pas souhaitable ou possible
- Les prises en charge en appartements thérapeutiques
- Les prises en charges en centres de post-cure psychiatriques
- Les prises en charges en centres de crise

Le temps partiel :

- L'hospitalisation à temps partiel de jour
  - L'hospitalisation à temps partiel de nuit
  - La prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel et en atelier thérapeutique (CATTP)
- L'ambulatoire définit l'ensemble des prises en charge qui ne font pas intervenir d'hospitalisation :
- L'accueil et les soins au CMP (Centre Médico-Psychologique) : unités d'accueil, de coordination et de soin
  - L'activité de consultation à domicile.



**Tableau 1 : Offre de soins en psychiatrie générale: établissements hospitaliers publics et établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) en 2010 : nombre de places (p)**

HC= hospitalisation complète ; HJ= hospitalisation de jour ; HN= hospitalisation de nuit ; HAD = hospitalisation à domicile  
 CMP= centre médico-psychologique ; CATTTP= centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

Dpt	Etablissement	Secteurs	Nb de places en HC	Nb de places en HJ	Nb de places en HN	Nb de places HAD	Nb de CMP	Nb de CATTTP
Côtes d'Armor	Dinan (CH St Jean de Dieu)	3 adultes 1 infanto juvénile	206 10	59 51		1	13 5 1 (milieu pénitentiaire)	5 1
	Plouguernevel (Association Hospitalière Bretagne)	1 adulte 1 infanto juvénile 2 intersectoriels	205	59 22		6	7 4	5 4
	Bégard (Fondation Bon Sauveur)	2 adultes 1 infanto juvénile 2 dispositifs intersectoriels	180	57 22		3	8 4	10 3
Finistère	Bohars (CHU Brest)	4 adultes 2 infanto juvénile 5 dispositifs intersectoriels	304 14	91 64		20	29 6 1 (milieu pénitentiaire)	8
	Landerneau (CH)	1 adulte	47	15		4	5	1
	Morlaix (CH)	3 adultes 1 infanto juvénile 1 dispositif intersectoriel	264 8	133 42			11 1	10
	Quimper (EPSM Gourmelen)	3 adultes 2 infanto juvénile 1 dispositif intersectoriel	192 19	151 56		6 7	40 8	11 6
	Quimperlé (CH)	1 adulte	68	30		2	2	2
Ille et Vilaine	Redon (CH)	1 adulte 1 dispositif intersectoriel	25	12			1	
	Rennes, la Thébaudais (UGEAM)	1 adulte		12		40	1	1
	Rennes (CH Guillaume Régnier)	9 adultes 3 infanto juvénile 5 dispositifs intersectoriels	650 53	273 135 25 (milieu pénitentiaire)		14	23 21 2 (milieu pénitentiaire)	12 8
	St Malo (CH)	2 adultes 1 infanto juvénile 15 dispositifs intersectoriels	86 7	30 28			5 3	
Morbihan	Caudan (EPSM Charcot)	3 adultes 1 infanto juvénile	213 8	115 68		14	9 5	
	St Avé (EPSM Morbihan)	5 adultes 2 infanto juvénile 6 dispositifs intersectoriels	377 8	220 96		15 4	16 9	17 2
	Plouguernevel (AHB)	1 adulte		(Cf. plus haut)			4	1

Source : SAE

**Tableau 2 : Offre de soins en psychiatrie : cliniques (en 2010) :**

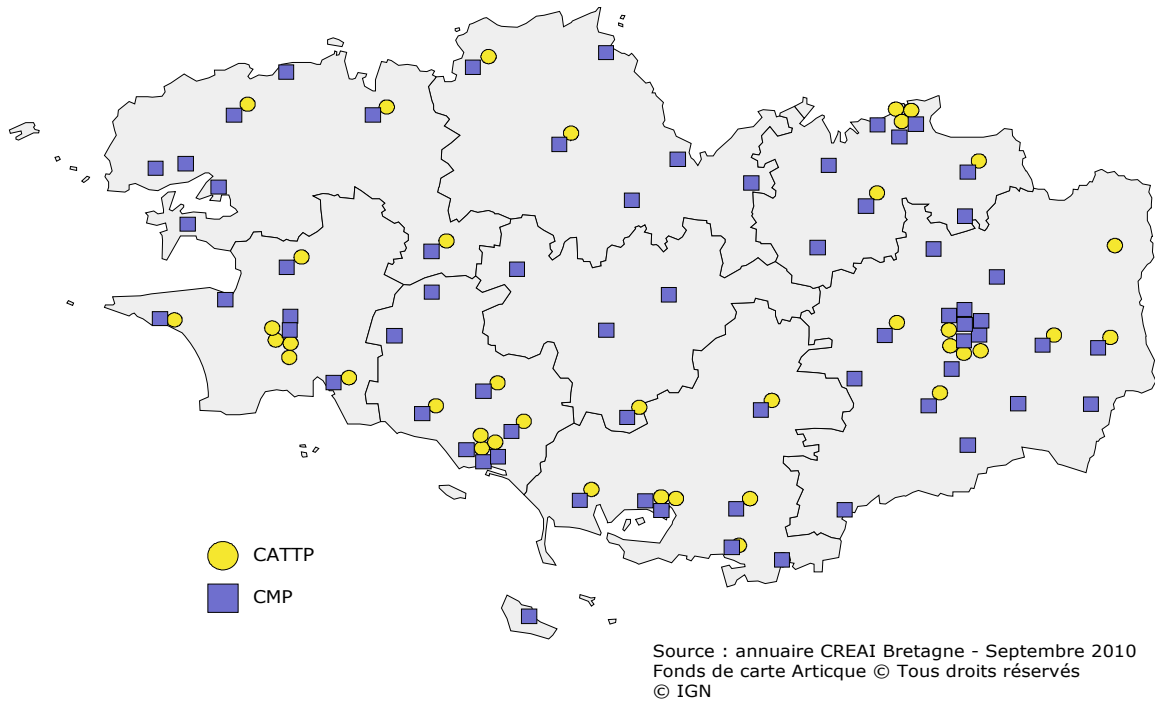
Départements	Etablissement	Nb de places en HC	Nb de places en HJ	Nb de places en HN
Côtes d'Armor	C. la Ceriseraie, Tréguieux	60		
	C. du Val Josselin, Yffinac	80	36	
Finistère	Hôtel Dieu, Pont L'Abbé	20		
	C. de l'Iroise, Bohars	60		
	C. Kerfriden, Chateaulin	67		
	C. Pen An Dalar, Guipavas	120	12	12
Ille et Vilaine	Centre de réadaptation fonctionnelle de Beaulieu, Rennes	5		
	C. du Moulin, Bruz	78	12	
	C.de l'Espérance, Rennes	78	12	
	Polyclinique St Laurent, Rennes	81		
Morbihan	CPR Billiers	145		
	Kerjoie, Bréhan	66		
	Clinéa, Larmor Plage	70		
	C. du Golfe, Séné	78		

Source : SAE

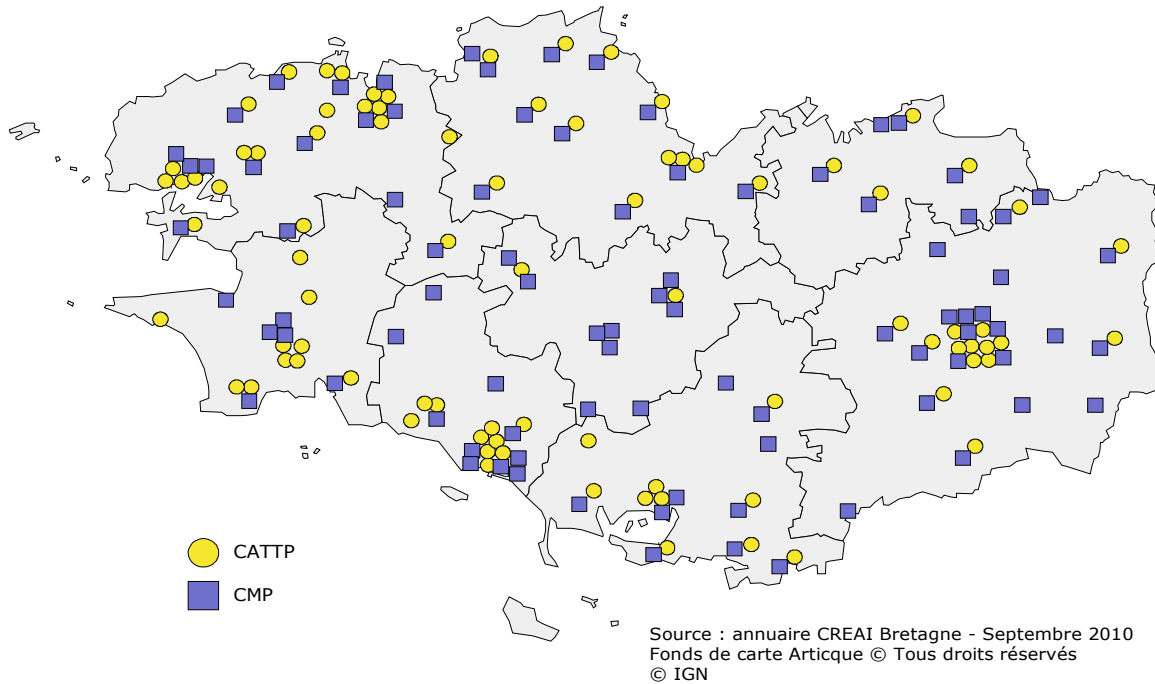




## Carte 1 Localisation des CMP et CATTTP (enfants) Localisation des CMP et CATTTP (enfant)



## Carte 2 Localisation des CMP et CATTTP (adultes)





**Tableau 3 : Nombre de lits et de places en 2010, en Bretagne (tous les établissements) :**

	Enfant	Adulte	Pénitentiaire
Prise en charge à temps complet	127 lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie infanto-juvénile. 25 places pour le placement familial thérapeutique.	3825 lits d'hospitalisation à temps plein. 80 places pour le placement familial thérapeutique. 29 places en appartement thérapeutique. 19 places Accueil en centre de post cure. 40 places HAD.	
Prise en charge à temps partiel	594 places d'hospitalisation de jour. 12 places d'hospitalisation de nuit. 24 CATTP et ateliers thérapeutiques.	1334 places d'hospitalisation de jour. 141 places d'hospitalisation de nuit. 83 CATTP et ateliers thérapeutiques.	25 places d'hospitalisation de jour.
Prise en charge ambulatoire	16 unités de consultations ouvertes moins de 5 jours par semaine. 51 unités de consultations ouvertes 5 jours ou plus par semaine. Total : 67	57 CMP ou unités de consultations ouvertes moins de 5 jours par semaine. 96 CMP ou unités de consultations ouvertes 5 jours ou plus par semaine. Total : 153	3 CMP ou unités de consultations ouvertes moins de 5 jours par semaine. 1 CMP ou unité de consultations ouvertes 5 jours ou plus par semaine.

Source SAE

**Tableau 4 : Nombre de lits en hospitalisation complète en psychiatrie en 2010 :**

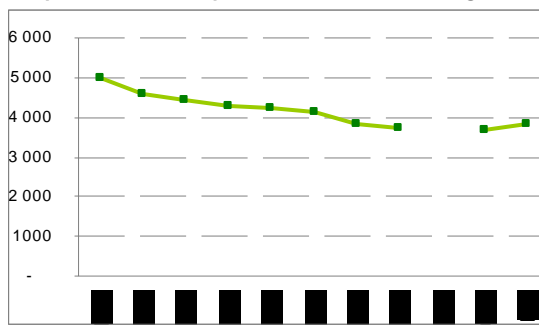
	Psychiatrie	Répartition (en %)	dont Psychiatrie infanto juvénile
CHS	1520	38,5	88
CHG	823	20,8	29
PSPH	601	15,2	10
<b>Total public</b>	<b>2944</b>	<b>74,5</b>	<b>127</b>
<b>Cliniques privées</b>	<b>1008</b>	<b>25,5</b>	<b>-</b>
Total Public+privé	3952	100	127

Source : SAE

## 1.2- Evolution de l'équipement

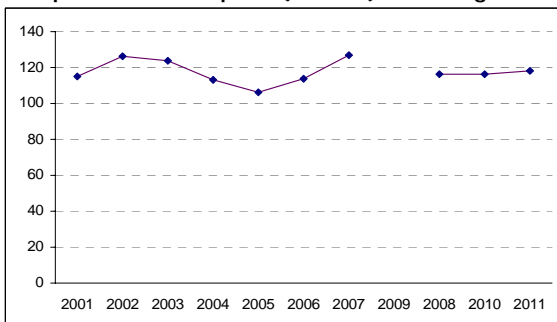
Selon les données de STATISS-SAE, le nombre de lits en hospitalisation complète a baissé de 25% en Bretagne depuis 2001 contre une baisse de 10% en France : la capacité est passée de plus de 4 900 lits à 3 700. Dans les Côtes d'Armor cette baisse a été de 40%.

**Graphique 1 : Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète (adultes) en Bretagne**



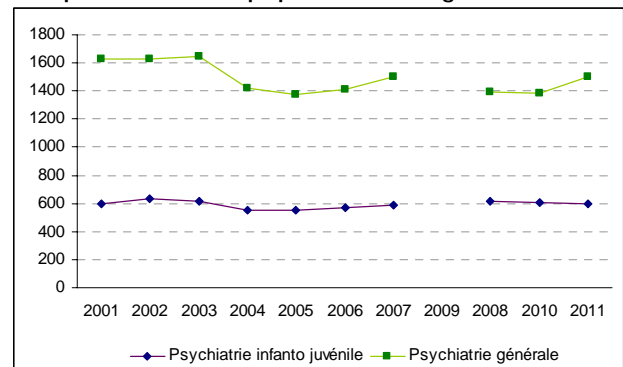
Source STATISS- SAE

**Graphique 2 : Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète (enfants) en Bretagne**



Source STATISS - SAE

**Graphique 3 : Evolution du nombre de places d'hospitalisation à temps partiel en Bretagne**



Source STATISS - SAE

## 1.3- La démographie médicale

Le SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) 2006-2010 Bretagne soulignait un manque de psychiatres hospitaliers : « En janvier 2005, 17 % des postes budgétés (320 au total) sont vacants dans les établissements publics de santé de la région, et ce malgré le fléchage « prioritaire » de certains d'entre eux ». Il y avait, en 2009, près de 19 psychiatres (libéraux et salariés) pour 100 000 habitants en Bretagne, densité inférieure à la moyenne nationale (22 psychiatres pour 100 000 habitats). (Source, STATISS)

De fortes disparités s'observent entre les territoires : en 2009, on dénombre 14,5 psychiatres, dont 5 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants dans les Côtes d'Armor alors que l'Ille et Vilaine en compte 21,4 dont 9,4 praticiens libéraux (Source, STATISS). Près de 40% des psychiatres libéraux en Bretagne pratiquaient en Ille et Vilaine, et 30% dans le Finistère.

Les effectifs de psychiatres ne varient quasiment pas depuis 2005, aussi bien les salariés que les libéraux (tableau 7). Le Finistère et l'Ille et Vilaine présentent un nombre de psychiatres salariés équivalent, par contre les psychiatres libéraux sont plus nombreux en Ille et Vilaine.



En dehors du personnel administratif et technique, la grande majorité des professionnels non-médicaux dans les structures de psychiatrie adultes sont des infirmiers ou des aides soignants (92%). Dans les structures infanto-juvéniles, le personnel infirmier et cadre est inférieur (60%), le personnel éducatif représente 11 % de l'équipe non médicale, les psychologues et le personnel de rééducation 12.5% chacun (tableau 8).

## 2- L'activité de la psychiatrie

En 2010, en Bretagne, **115 947 personnes adultes ou enfants (soit 3,7% de la population totale) ont été en soins dans un service de psychiatrie (prise en charge hospitalière ou prise en charge ambulatoire)**. Parmi elles, 25 516 avaient moins de 18 ans. (Source : ATIH)

**Tableau 5 : Nombre de patients distincts selon la prise en charge en Bretagne en 2010 (adultes et enfants)**

	Nombre de patients distincts
Prise en charge hospitalière à temps complet	29 801
Prise en charge hospitalière à temps partiel	11 712
Prise en charge ambulatoire	101 432
Total :	142 945
dont nb de patients distincts	115 947

Source ATIH

73% des patients mineurs hospitalisés sont des garçons, cette part tend à se réduire en ambulatoire puisqu'ils représentent 65% des patients.

**En Bretagne**, le nombre de journées de présence s'élevait à 1 773 461 pour l'année 2010 (tout type de prise en charge) dont 1 307 067 pour une prise en charge hospitalière à temps complet pour 29 491 patients.

L'âge moyen des patients hospitalisés était de 45 ans et près de 60% des patients étaient des hommes (57%). Pour un total de 50 101 séjours complets, la durée moyenne des séjours était de 29,6 jours. Concernant les soins en ambulatoire, les patients sont plus jeunes qu'en hospitalisation (37 ans) et les femmes sont davantage concernées (48%)

**En Ille et Vilaine** (tableau 9) en 2010, il y a eu 374131 journées en hospitalisation à temps plein dans l'ensemble des établissements de psychiatrie pour 7199 patients (soit 7,4 pour 1 000 habitants de la population totale) et 10 777 séjours dont 231 978 journées au CHGR pour 4 513 patients et pour 7 320 séjours.

**Le Finistère** recense un nombre de journées d'hospitalisation complète quasi identique (371 278) mais a pourtant un nombre de séjours supérieur (16 691) qui s'explique, entre autre, par une durée moyenne de séjour plus courte au CHU de Brest (17 jours). Les patients pris en charge dans le Finistère représentent un tiers de l'ensemble des patients dans la région. Ce département recense un taux supérieur de patients hospitalisés, 10,9 habitants sur 1 000 ont été hospitalisés à temps complet en 2010.

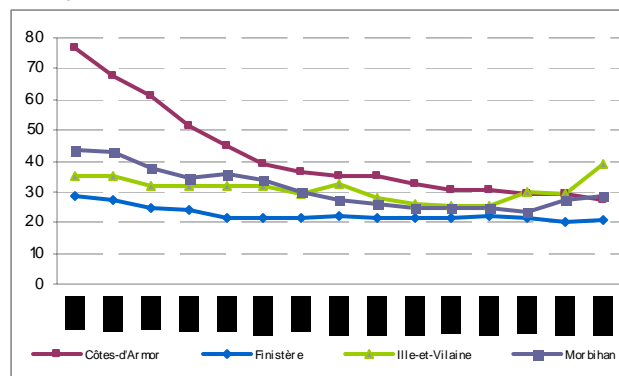
**Les établissements du Morbihan** ont accueilli 6 674 patients en hospitalisation à temps complet, soit 9,3 pour 1 000 habitants. Les établissements de Sarzeau et de Billiers (recrutant aussi hors département) accompagnent des personnes jeunes avec un âge moyen de 26,2 et 26,9 ans et une majorité d'hommes (84% et 88%).

**Dans les Côtes d'Armor**, les établissements de psychiatrie ont accueilli 5 838 patients (soit 9,9 pour 1 000 habitants) pour 8 838 séjours et 248 708 journées d'hospitalisation complète.

On peut noter, avec les données par établissement, que les cliniques prennent en charge une majorité de femmes à l'inverse des centres hospitaliers (73% de femmes à la polyclinique de St Laurent, 61% à la clinique de l'Iroise). Ce constat se fait pour chaque département. En prenant en compte les établissements répertoriés par l'ATIH, les établissements privés à but lucratif réalisent 21% des journées sur l'ensemble de la région en 2010.

La fermeture de lits dans les services publics hospitaliers et la priorité donnée aux soins ambulatoires n'ont pas fait diminuer le retour à l'hospitalisation. François Sicot<sup>1</sup> écrit : « L'hospitalisation a changé de visage puisqu'elle est désormais à répétition et de courte durée. De 40 000 en 1945, on est passé à près de 400 000 admissions annuelles en psychiatrie en 1990 et 600 000 en l'an 2000 ». En 1950, la durée moyenne d'hospitalisation était de 300 jours par an<sup>2</sup>, contre une durée inférieure à un mois en 2008.

**Graphique 4 : Evolution de la durée moyenne de séjour (psychiatrie adulte) en Bretagne, établissements publics et privés entre 1995 et 2009**



Source IRDES, éco-santé

**En Bretagne, en 1995 la durée moyenne de séjour en psychiatrie était de 43 jours, en 2008 elle est seulement de 25 jours.** Ainsi, la durée moyenne a baissé de 40% entre 1995 et 2008, cette évolution est moindre dans le Finistère (25%) et plus importante dans les Côtes d'Armor (60%) qui tend à se rapprocher des durées moyennes des départements bretons.

File active : le nombre de personnes vues au moins une fois dans l'année a augmenté de près de 34% de 2006 à 2009 à l'échelle régionale. La file active de la prise en charge en ambulatoire a augmenté de 25% durant les quatre dernières années tandis que celle de l'hospitalisation à temps plein a connu une croissance de 37%. En 2009, près de 500 personnes étaient hospitalisées dans un service de psychiatrie depuis plus d'un an ; sur deux ans une légère baisse est constatée (-5%).

**Tableau 6 : Evolution des patients hospitalisés depuis plus d'un an en psychiatrie générale (Total sans double compte)**

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan	Bretagne
2007	43	101	223	154	521
2009	93	68	228	105	494

Source SAE

<sup>1</sup> Sicot François « La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ? », Déviance et société, n°2, 2006

<sup>2</sup> Source : Mission nationale d'appui en santé mentale, Serge Kannas

**Tableau 7 : Nombre de psychiatres salariés exclusifs/libéraux au 31 décembre (privé + public)**

	Côtes d'Armor		Finistère		Ille et Vilaine		Morbihan		Bretagne	
	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux	Salariés	Libéraux
2005	56	27	108	68	99	93	75	48	338	236
2006	58	26	107	67	101	91	76	46	342	230
2007	55	27	105	68	106	91	75	45	341	231
2008	55	28	109	70	107	94	69	47	340	239
2009	55	29	103	69	114	91	75	47	347	236
2010	50	29	98	68	107	91	79	47	334	235

Source : STATISS/DREES/ADELI

**Tableau 8 : Répartition des différentes professions non médicales au sein des structures adultes, infanto-juvéniles et pénitentiaires. (2009), en ET**

	Psychiatrie adultes		Infanto juvénile		Milieu pénitentiaire	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
IDE et cadre	3 471	77	507	60	12	70
Aide-soignant	659	15	34	4	0	0
Personnel éducatif	171	4	89	11	0	0
Personnel de rééducation (kiné, orthophoniste,..)	59	1	105	12.5	0	0
Psychologue	158	3	105	12.5	5	30
Total	4 518	100	840	100		100

Source SAE

**Tableau 9<sup>3</sup> : Prises en charge hospitalière à temps complet : journées/ nombre de séjours/ nombre de patients en 2010**

Côtes d'Armor			Finistère			Ille et Vilaine			Morbihan		
Nb de journées	Nb de séjours	Nb de patients	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de patients	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de patients	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de patients
<b>Dinan, CH St Jean de Dieu</b>			<b>Bohars, CHU Brest</b>			<b>St Malo, CH</b>			<b>St Avé, EMSP Morbihan</b>		
67 704	3 004	1 891	83 021	4 947	2 654	31 619	811	624	129 177	4 326	3087
<b>Plouguernevel, AHB</b>			<b>Landerneau, CH</b>			<b>Redon, CH</b>			<b>Caudan, EPSM Charcot</b>		
74 876	1845	1 256	14 420	853	420	8 575	392	243	72 490	2 702	1 625
<b>Bégard, Fondation Bon Sauveur</b>			<b>Quimper, EPSM Gourmelen</b>			<b>Rennes, CH Guillaume Régnier</b>			<b>E. Penn Ker (post-cure)<sup>4</sup></b>		
56 500	2 419	1 567	72 411	2 665	1 563	249 514	7 474	4 643	18 210	614	508
<b>Tréguieux, C.la Ceriseraie</b>			<b>Quimperlé, CH</b>			<b>Bruz, C Moulin</b>			<b>Billiers, Centre de réadaptation et de post-cure</b>		
21 674	598	434	25 892	939	601	27 826	719	592	36 064	265	226
<b>Yffinac, C Val Josselin</b>			<b>Morlaix, CH</b>			<b>Rennes, C Espérance</b>			<b>Sene, C Golfe</b>		
27 954	996	697	81 140	3 834	1 939	26 961	737	565	27 852	875	614
			<b>Pont l'Abbé, Hotel Dieu</b>			<b>Rennes, P St Laurent</b>			<b>Larmor Plage, C St Vincent</b>		
			6 991	394	295	29 636	803	662	24 927	746	585
			<b>Bohars, C Iroise</b>						<b>Sarzeau, Centre de post-cure Kervillard</b>		
			21 776	985	738				4 230	32	29
			<b>Chateaulin, C Kerfriden</b>								
23 609	777	509	<b>Guipavas, C Pen An Dalar</b>								
42 018	1 871	1234	<b>Total</b>			<b>Total</b>			<b>Total</b>		
248 708	8 838	5 838	371 278	16 691	9 780	374 131	10 777	7 199	312 950	9 560	6 674

Source : ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)

**Tableau 10, File active<sup>4</sup> en 2010**

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année
Psychiatrie générale	91 061	62 843	27 515
Psychiatrie infanto-juvénile	22 565	20 973	878
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	2 634	2604	0

Source SAE

<sup>3</sup> La base de données ATIH n'indique pas l'activité du Foyer An Avel Vor dans le Finistère ni celle de la Clinique Kerjoie dans le Morbihan, à l'inverse de la base SAE.

<sup>4</sup> Etablissement participant au service public hospitalier

## Les hospitalisations sans consentement

En 2009, 4 639 entrées en hospitalisation ont été réalisées sans consentement (en hospitalisation d'office (HO) et en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) en Bretagne (tableau 11).

Le département du Finistère enregistrait le nombre d'hospitalisations sans consentement le plus important, avec un taux de 201 pour 100 000 habitants de plus de 20 ans. Tandis que le Morbihan présente le taux le plus faible avec 160 pour 100 000 habitants, ce qui est proche de la moyenne nationale (166 pour 100 000 habitants de plus de 20 ans).

Le nombre de patients hospitalisés sans consentement n'a cessé de croître en Bretagne depuis 2006 (graphique 6). Cette évolution est à interpréter avec prudence, compte tenu de la variabilité du nombre

d'établissements répondant à l'enquête d'une année sur l'autre.

En Bretagne, la durée moyenne de séjour en hospitalisation sans consentement se situe dans la moyenne nationale, mis à part pour les ordonnances provisoire de placement, deux fois supérieure à la durée nationale (tableau 11).

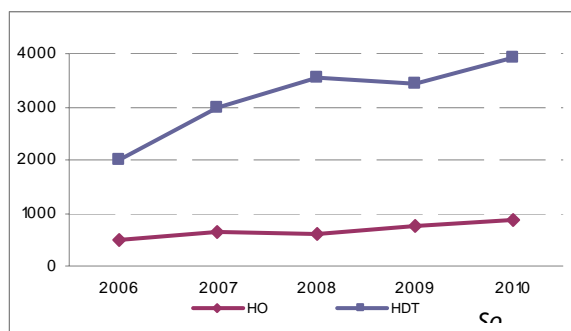
Selon les données ATIH, le nombre de patients mineurs hospitalisés sans consentement s'élevait à 151 pour l'année 2010, soit 5,1 pour 1000 patients mineurs hospitalisés en 2010. En France, 6,8 hospitalisations d'un mineur sur 1000 étaient réalisées sans consentement.

Tableau 11 : Hospitalisation sans consentement<sup>8</sup> ou sous contrainte en 2010 en Bretagne

	Bretagne				France
	Nb d'entrées	Nb de journées	Nb de patients	Durée moyenne de séjour	Durée moyenne de séjour
HDT	4386	178670	3925	40,7	39,1
HO	961	72083	867	75,0	74,9
H pers jugées pénalement responsables	18	5410	18	300,6	182,6
Ordonnance provisoire	0	0	0	0	17,2
Hospitalisation détenus	105	2683	77	25,6	19,1

Données SAE

Graphique 5 : évolution du nombre de patients sous hospitalisation sans consentement, en Bretagne, entre 2006 et 2010



Source SAE

Avant de décrire l'offre médico-sociale, il faut mentionner les structures du sanitaire qui assurent pour de nombreuses personnes un passage vers le médico-social. Il s'agit des centres de post-cure pour malades mentaux (CPCMM) qui sont : le foyer La Thébaudais (40 places) à Rennes (35), le centre de post-cure et de réadaptation de Billiers (145 places) (56) et le centre de post-cure Le Moulin Vert à Sarzeau (56).

### 3- L'offre dans le médico-social

A partir des années 90, des outils ont été mis en place pour diversifier les modes de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques : l'article 51 de l'ordonnance du 24 avril 1996 a permis aux établissements publics de santé de gérer des structures médico-sociales.

**Art. 51** : - L'article L.711-2-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes : « Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées ».

En 2001, la mission nationale d'appui en santé mentale a élaboré un guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales par un établissement de santé. Le rapport Piel et Roelandt<sup>5</sup> soulignait qu'« en 2001, en termes de lits et places, il y a eu suppression de 33 420 lits en psychiatrie et parallèlement création de 30 000 lits en MAS et Foyers en dix ans ».

Dans la région : « Les capacités de psychiatrie en Bretagne étaient très supérieures aux moyennes nationales, parce que les services d'hospitalisation constituaient des « lieux de vie » pour des patients extérieurs à la région. La réduction des capacités d'accueil en hospitalisation complète (- 10 % soit 495 lits en trois ans) s'est accompagnée de la création de places médico-sociales (385 places créées en trois ans) afin d'offrir des lieux de vie adaptés pour des personnes relevant du handicap psychique, de la création de places d'alternatives (15 places de jour et 5 places de nuit créées) et au développement des structures ambulatoires. » (Extrait du SROS 2006-2010)

Ainsi, plusieurs dispositifs médico-sociaux ont émergé ces dernières années pour prendre en compte les spécificités du handicap psychique et permettre une

<sup>5</sup> Rapport de mission remis au ministre de la santé, juillet 2001 « De la psychiatrie vers la santé mentale »



prise en charge globale de la personne : logement, soins, vie sociale, emploi, etc. La dimension pluriprofessionnelle des équipes intervenant auprès des usagers prend tout son sens dans la mesure où chaque personne doit pouvoir bénéficier d'une continuité de soins où l'hospitalisation n'est qu'une étape possible. La réinsertion est développée par la pratique de réseau entre les partenaires sanitaires, sociaux, judiciaires et éducatifs...

Depuis la loi du 11 février 2005, le handicap psychique a obtenu une reconnaissance légale, ce qui est venu renforcer la mise en place de dispositifs spécifiques aux personnes ainsi reconnues.

### 3.1 – Les publics en situation de « handicap psychique » accueillis en structure médico-sociale

L'enquête ES de 2006 permet de connaître le nombre d'enfants et d'adultes en situation de handicap psychique pris en charge par un établissement ou un service médico-social.

Ainsi, au 31 décembre 2006 (tableau 11), 411 enfants accueillis en ITEP étaient signalés avec une « déficience du psychisme » en déficience principale, représentant 88% des publics de ces établissements. Dans les IME, ce sont 22 % des publics qui étaient ainsi enregistrés.

Dans le secteur adultes (tableau 12), les personnes reconnues handicapées psychiques peuvent être accueillies par tout type de structure : à la même date, plus de 1 000 personnes reconnues handicapées avec une « déficience du psychisme » se trouvaient en ESAT et 360 en MAS/FAM.

### 3.2- Les structures dédiées à des personnes reconnues avec un handicap psychique

#### a) Les FAM (foyer d'accueil médicalisé) et MAS (maison d'accueil spécialisée)

Les établissements sanitaires de psychiatrie, par création ou redéploiement, ont mis en place des structures médico-sociales pour l'accueil des patients chroniques nécessitant des soins et un accompagnement continu. Ils n'ont pas attendu la loi de 2005 et la reconnaissance du handicap psychique pour créer des établissements et des services annexes à l'établissement psychiatrique.

L'EPSM du Morbihan a créé en 1974 le centre de Kerblay, destiné à accueillir des « patients déficitaires profonds ». Depuis le 1er Juillet 1997 (suite à l'ordonnance d'avril 1996), le centre est devenu une

Maison d'Accueil Spécialisée (MAS). Depuis, ont ouvert un FAM à Monterblanc et une MAS à La Chapelle Caro.

La Fondation Bon Sauveur, pôle de santé mentale de Bégard en Côtes d'Armor, a créé des établissements médico-sociaux : la 1<sup>ère</sup> structure, créée en 1994, était dédiée aux personnes âgées. En 1996, un FAM est ouvert à Bégard et sera suivi huit ans plus tard par la création d'une MAS à Bégard. Fin 2010, un ESAT s'est ouvert en partenariat avec l'ADAPEI 22. Et en parallèle des établissements, un SAVS, ouvert en 2008, accompagne 50 personnes en situation de handicap psychique. Le SAVS et le CMP de la Fondation accompagnent également des personnes en appartement d'insertion ou de réinsertion, c'est un logement à caractère transitoire. La Fondation dispose également de plusieurs lieux de vie (Guingamp, Prat, Pédernec, Plounevez-Moëdec, Cavan) où sont accueillies des personnes.

L'Association Hospitalière Bretagne a créé en 1993 la MAS Le Village Vert à Callac.

Dans le Finistère, l'EPSM Gourmelen a ouvert en 2009, le FAM et la MAS Les Océanides à Quimper.

Le centre du Placis Vert, annexe intersectoriel du Centre Hospitalier Guillaume Rénier (CHGR) de Rennes, accueille des enfants, des adolescents et des adultes, polyhandicapés, déficients mentaux, psychotiques ou autistes, nécessitant une prise en charge au long cours, il comprend notamment 172 places en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) à Thorigné-Fouillard et depuis 2011 une extension de 60 places à Betton.

En Bretagne, tous les schémas départementaux d'orientation médico-sociale ont des axes en direction du handicap psychique. Le travail en réseau entre sanitaire et médico-social est une préoccupation commune aux départements. Une prise en charge et un accompagnement social dans le milieu ordinaire sont programmés à travers le développement de SAVS et SAMSAH pour handicap psychique, l'habitat regroupé ou encore l'accueil de jour et l'accueil temporaire.

A côté de ces réponses portées par des acteurs du secteur sanitaire, le secteur médico-social a également mis en œuvre des réponses à destination du public avec handicap d'origine psychique : le foyer d'hébergement le Moulin Vert à Arzon (56) créé en 1980, le foyer d'hébergement Les ateliers du Domaine à Châteauneuf d'Ille-et-Vilaine en 1985 (35) ou encore le Foyer de vie La Grande Maison à Rennes (Espoir 35).

**Tableau 12 : Enfants handicapés en structures dont la déficience principale est le handicap psychique**

Structure	SESSAD	IME	ITEP	EEAP	IEM	Ets pour déficiences sensorielles	Total
Nb d'enfants	406	704	411	11	10	3	1545
Part dans la structure (%)	19,9	21,6	88,4	2,7	3,8	0,8	22,7

Exploitation de l'enquête ES 2006/DREES/DRASS de Bretagne

**Tableau 13 : Adultes handicapés en structures dont la déficience principale est le handicap psychique**

Structure	ESAT	FH	FVie	MAS	FAM	SAVS	Ets expérimentaux	CRP	Foyer d'accueil polyvalent
Nb d'adultes	1074	411	407	200	161	310	90	11	19
Part dans la structure (%)	18,3	18	18,7	22,4	13,7	21	20	4,9	25

Exploitation de l'enquête ES 2006/DREES/DRASS de Bretagne



**Tableau 14 : services médico-sociaux SAVS et SAMSAH agréés pour accompagner un public avec handicap psychique**

Côtes d'Armor	Finistère	Ille et Vilaine	Morbihan
- Saint Brieuc, SAVS les Nouelles (35 places) - Bégard, SAVS Bon Sauveur (50 pl) - Plourivo, SAVS les deux rivières (12 pl) - Dinan, SAVS St Jean de Dieu (25 pl) - Rostrenen, SAVS de Glomel (47 pl) - Lannion, SAVS Bon Sauveur (30 pl)	- Brest, SAVS Don Bosco (25 pl) - Morlaix ,SAVS Don Bosco (25 pl) - Quimper, SAVS Emeraude, Kan Ar Mor (60 pl) - Quimper ,SAVS UDAF (12 pl) - Ergué-Gabéric, Brest, Morlaix SAMSAH An Treiz, (50 pl)	- Rennes, SAVS Maffrais Services (00 pl) - Mordelles, SAVS Itinéraire Bis (33 pl) - Rennes, SAVS Espoir 35 (96 pl) - St Malo, SAVS APASE (60 pl) - Chateauneuf, SAVS les ateliers du Domaine (18 pl) - Redon, SAVS les Deux Vallées, Les eaux vives (10 pl)	- St Marcel, SAVS les Hardys Béhellec (60 pl) - Arzon, SAVS+SAMSAH Le Moulin Vert (45 pl) - Lorient Samsah 56, Mutualité 29-56 (pluri déficiences dont handicap psychique – 25 pl au total)

Source : annuaire social CREA I de Bretagne en 2012

**b) ESAT dédiés au Handicap psychique**

Les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) permettent aux personnes handicapées qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, y compris en entreprise adaptée ou de façon indépendante, d'exercer une activité dans un milieu protégé. Ils accueillent de plus en plus un public avec des troubles psychiques.

En Bretagne, certains ESAT sont dédiés spécifiquement à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique : Ateliers Les Deux Rivières à Plourivo (22), Maffrais services à Rennes, Ateliers du Domaine à Chateauneuf (35), Les Hardys Béhellec à Saint Marcel (56) et Les Ateilers du Moulin Vert à Arzon (56). Ces ESAT peuvent proposer des adaptations pour ces publics, tel que du temps partiel ou encore de l'activité « hors les murs » (ESAT les Maffrais, 35).

**c) Accompagnement social pour une insertion dans la cité**

Les troubles psychiques et la maladie mentale peuvent se traduire par un apragmatisme, des hallucinations, un repli et des formes de dépression ou des troubles de la communication qui aboutissent généralement à l'isolement social de la personne. C'est pour aider les personnes avec de telles difficultés qu'un accompagnement dans la vie quotidienne est essentiel ; il peut être assuré au travers des interventions des professionnels des SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) ou des SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). L'application des lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 a permis un accroissement de ces services notamment ceux dédiés aux publics avec troubles psychiques.

De plus, un travail en réseau existe entre les structures sociales ou médico-sociales et des équipes de secteur psychiatrique, formalisées ou non dans le cadre de conventions. Actuellement, nous n'avons pas de données présentant l'évolution de ce partenariat.

En intervenant au quotidien, le travailleur social peut participer au maintien du lien social et à la prévention de l'aggravation des troubles, contribuant à la lutte contre l'isolement social et le repli sur soi. (cf. « A propos de... » du CREA I n°37 sur les services à domicile).

En 2010, le FINESS indique trois SAVS/SAMSAH spécifiques pour le handicap psychique en Bretagne, tandis que l'annuaire social du CREA I compte onze SAVS (445 places) et deux SAMSAH « dédiés » au handicap psychique en Bretagne (cf. tableau 14).

Par ailleurs, d'autres SAVS « non spécifiques » accueillent des personnes reconnues handicapées psychiques (exemple : SAVS ADAPEI de Redon).

**Encadré 4 : Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique? Recherche du Cédias. CREAHI Ile de France 2010**

Cette recherche qui s'appuie sur un panel de 10 services (4 SAMSAH handicap psychique, 4 SAVS handicap psychique et 2 SAVS généralistes) montre que la différence fondamentale entre l'accompagnement proposé par ces services et l'action d'autres dispositifs sanitaire ou social porte sur la place accordée à la personne. Cette place citoyenne se traduit dans les modes d'accompagnement mis en place, soutenant l'émergence des demandes de la personne. Ces services interviennent à domicile, tant pour l'évaluation de la situation que pour l'accompagnement à la vie quotidienne (hygiène personnelle, alimentation, organisation des activités domestiques) et du lien social. Ces services ne se substituent pas aux services de la psychiatrie, bien au contraire, ils se complètent : l'objectif des services de psychiatrie est thérapeutique tandis que celui des SAVS et SAMSAH est davantage à visée sociale et citoyenne.

**Encadré 5 : Intervention du SAVS Redon pour le logement (cycle handicap psychique 35 en 2010)**

*« Les services d'accompagnement à la vie sociale de par leur mission sont en prise directe avec les difficultés d'habiter des personnes en situation de handicap. Le cœur du travail des chargés d'accompagnement va être de travailler la capacité des personnes à habiter leur logement, et à faire en sorte que ce projet de vie en milieu ordinaire se maintienne. Travailler sur la capacité à habiter consiste à prêter attention à l'espace, mais aussi à son contenu (meubles, ustensiles) et à ses prolongements externes (déplacement, magasins, amis à recevoir...) La manière d'habiter dépend : -d'une part, de ses rapports dans sa vie avec ses anciens lieux d'habitation : sédentaire ou pas, enfant de propriétaire ou non, chambre individuelle ou partagée, une expérience de la rue ou non, -d'autre part, des troubles dont la personne souffre : angoisses, distorsion de la perception de la réalité, hallucination visuelle, auditive, phobie du regard, etc. Si nous ne faisons pas l'effort d'accepter ces « bizarreries » ; si nous avons pour exigence de faire que les personnes souffrant d'une maladie psychique entretiennent leur logement comme de parfaites ménagères... d'une part on va au clash, mais surtout, ça peut être perçu comme de la maltraitance... Les « bizarreries » sont aussi une façon pour eux de contenir la maladie, de ne pas être envahis par leurs angoisses... »*

**4- Les dispositifs transversaux**

Les établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires fonctionnent à la fois de façon autonome, cloisonnée et avec des coopérations diverses, du fait que certaines personnes peuvent être prises en charge par différents services et établissements



simultanément ou successivement induisant des relations de travail entre professionnels, informelles ou formalisées.

Nous présentons ici quelques dispositifs de coopération, sans prétendre à l'exhaustivité : il existe de nombreuses conventions entre la psychiatrie et des structures et services du secteur social et médico-social et il existe au quotidien de nombreuses relations de travail entre les professionnels des différents secteurs, sans conventions.

#### 4.1- L'évaluation du handicap psychique dans les MDPH / MDA

Depuis la loi du 11 février 2005, le handicap psychique a obtenu une reconnaissance légale. Ce handicap présente certaines spécificités qui complexifient son évaluation par les professionnels des MDPH, du fait du déni fréquent de la maladie, entraînant refus ou incapacité à s'engager dans les démarches administratives nécessaires. Certains de ces publics peuvent relever à la fois de la psychiatrie dans sa diversité (établissements publics, établissements privés, activité libérale des psychiatres), tandis que d'autres peuvent être suivis par d'autres praticiens (médecins généralistes, psychologues, psychanalystes, psycho-thérapeutes...), par différents intervenants sociaux (de CHRS, de services de protection des majeurs, de CCAS ou de CDAS dans le cadre du suivi RSA, etc.), et d'autres encore sans suivi particulier. Ces usagers se trouvent au carrefour du soin et du médico-social, la maladie relevant de soins, tandis que ses conséquences sur la vie quotidienne relevant de l'accompagnement lié au handicap.

La CDAPH est chargée de reconnaître et de compenser la situation de toute personne qui en fait la demande. Après avis des équipes pluridisciplinaires des MDPH, la CDAPH émet une notification pour une orientation en structure médico-sociale, pour une allocation, pour une carte d'invalidité, etc. Les professionnels des MDPH disposent d'un guide d'évaluation des situations de handicap (GEVA), outil réglementaire pour recueillir les informations nécessaires à l'évaluation de la situation de handicap dans ses différentes dimensions. Le GEVA comporte également les items relatifs à l'évaluation de l'éligibilité à la Prestation de Compensation de Handicap (PCH).

L'expérimentation réalisée par le Cédias-Délégation Ancreai d'Ile-de-France pour la CNSA en 2009 soulignait le faible nombre de dossiers comportant un projet de vie, dont l'intérêt n'est le plus souvent pas perçu par les personnes. Le dispositif est vécu par nombre de personnes comme stigmatisant, en raison de l'usage du mot « handicapé »<sup>6</sup>. Ce rapport recommandait notamment :

- de faire évoluer les pratiques professionnelles des équipes pluridisciplinaires vers une plus grande participation de l'utilisateur et de son entourage familial au processus d'évaluation ;
- de tenir compte du temps nécessaire à la maturation d'un projet de vie qui s'élabore dans et par l'interaction mise en oeuvre entre autres par le processus d'évaluation.
- de conduire l'évaluation avec le triptyque de l'expertise : personne – proches – professionnels.

<sup>6</sup> Cf. site de la CNSA : [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr) et Pluriels n° 81, 2010 : Evaluation et handicap psychique : [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)

Depuis leur mise en place, les MDPH bretonnes ont construit des partenariats ou des accompagnements particuliers pour travailler sur cette évaluation :

- dans les Côtes d'Armor, des professionnels des secteurs de psychiatrie interviennent au sein des équipes pluridisciplinaires d'évaluation de la MDPH,
- dans le Finistère, la MDPH a passé convention avec l'association AN Treiz pour des avis techniques,
- en Ille-et-Vilaine, au sein de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH (35 professionnels pour 24 ETP), une équipe d'évaluation spécialisée sur le Handicap psychique comprend 6 conseillères sociales et professionnelles, un référent insertion professionnelle et 3 médecins psychiatres à 0,6 ETP. Ce sont ces professionnels qui rencontrent la personne et qui sollicitent l'éclairage de collègues d'établissements de soin ou de services sociaux et médico-sociaux pour élaborer un projet adapté.
- dans son rapport d'activité pour 2010, la MDA du Morbihan mentionne l'expérimentation d'une « cellule d'évaluation du handicap psychique » associant psychiatres et assistantes sociales de l'EPSM de St Avé, du centre de réadaptation de Billiers et des établissements médico-sociaux du Moulin Vert.

#### 4.2- La coopération entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux : l'exemple de la Charte de coopération Handicap psychique en Ille-et-Vilaine

Dans le cadre du schéma départemental en faveur des personnes handicapées, une charte de coopération entre les secteurs sanitaire, social et médico-social a été signée en 2007 en Ille-et-Vilaine par le Préfet, le Conseil Général, l'ARS, les trois établissements de psychiatrie publique du département, et d'autres partenaires. L'objectif de cette charte est de « renforcer des passerelles » entre les professionnels, les signataires s'engageant à :

- « la mise en place d'actions collectives conjointes, favorisant la connaissance et la reconnaissance entre les acteurs (...)
- la mise en place de prestations auprès des usagers
- la désignation d'un interlocuteur privilégié par établissement et / ou service,
- le développement d'instances de réflexion inter-institutionnelle entre professionnels. »

C'est dans la continuité de cette charte que le Conseil Général 35 a organisé en 2010 un cycle départemental de conférences sur le handicap psychique dans différentes villes du département, regroupant chacune entre 60 et 100 personnes, et portant sur les thématiques suivantes : les modes d'interventions dans des situations d'urgence, la continuité des soins, la difficulté d'habiter, la participation à la vie sociale, l'insertion professionnelle, le projet de vie et le plan de compensation, éthique et pratique professionnelle de partenariat.

#### 4.3 Les Conseils locaux de santé mentale

La circulaire du 12 décembre 1972 recommandait la création d'instances de débat local qui pourraient être dénommées « conseil de santé mentale de secteur ». La circulaire du 9 mai 1974 citait le conseil de santé mentale comme le « véritable creuset de la sectorisation » devant permettre « d'établir des

liaisons avec les médecins traitants, les travailleurs sociaux, etc. ». Le plan santé mentale 2005-2008 prône une amélioration des articulations entre les acteurs du champ sanitaire ou avec les partenaires sociaux et médico-sociaux, dans le cadre de conseils locaux de santé mentale institués à l'échelle des secteurs sanitaires.

C'est à l'échelle des villes centres des agglomérations que se sont organisés en Bretagne les conseils locaux de santé mentale : il en existe notamment sur les villes de Brest, Saint-Malo, Saint-Brieuc, Rennes,.... Ils sont généralement organisés sur deux plans :

- un groupe institutionnel large qui réunit une ou deux fois par an les différents acteurs : représentants d'usagers, conseil général, ARS, MDPH, établissements de santé, structures sociales et médico-sociales, GEM, bailleurs sociaux, etc.
- des commissions ou groupes de travail thématiques qui peuvent participer à certaines actions, comme la semaine nationale de la Santé Mentale, ou organiser des cycles de formation spécifiques.

Ces conseils locaux de santé mentale sont en lien avec les services Santé des villes.

#### 4.4- Les équipes mobiles spécialisées de psychiatrie

Selon la circulaire n° 2005-521 du 23 novembre 2005, « les équipes mobiles répondent aux besoins des intervenants de première ligne, en apportant un soutien aux travailleurs sociaux ou aux équipes médico-sociales afin de leur permettre de se repérer face aux problèmes concernés, de décoder et analyser les demandes, de mettre en oeuvre les premiers stades d'écoute et de soutien ».

Il existe en France plus de 200 équipes mobiles de psychiatrie, qui présentent des configurations spécifiques :

- quant à leur composition : présence variable de temps de psychiatre, de psychologue, d'infirmier de psychiatrie, d'assistante sociale ;
- quant à leur mode d'intervention : interventions de soutien auprès des équipes de professionnels dans différents lieux : CCAS, CHRS, CADA, centres d'accueil de jour, services de justice, foyers de l'enfance, etc. ; interventions directes ou non auprès d'usagers de ces services pendant une période donnée et orientation vers d'autres professionnels du soin.

En Bretagne, en 2009, neuf établissements de psychiatrie disposaient d'une équipe mobile spécialisée dont 6 correspondaient à une équipe mobile précarité. Elles ne couvrent pas tous les territoires départementaux. En intervenant dans les structures sociales, les professionnels des équipes mobiles apportent un regard clinique sur les situations et favorisent le lien avec les structures et les professionnels de soins.

#### 4.5- Les GEM : groupe d'entraide mutuelle

Les GEM sont des associations de personnes souffrant de troubles psychiques qui se réunissent et s'entraident pour lutter contre l'isolement social. Animé par un ou des professionnels, le GEM s'inscrit dans un réseau social local. Il ne dispense ni soins ni aides sociales. C'est un lieu qui est inscrit dans la cité, mais un lieu qui se veut à part, sans lien institutionnel

avec les services et établissements existants, même s'il est souvent adossé à une association gestionnaire, par exemple d'un accueil de jour (l'Autre Regard, Rennes).

En septembre 2009, il existe en France plus de 320 GEM, et la Bretagne en compte 22 (cf. tableau 14).

Tableau 15 : Liste des GEM en Bretagne

Côtes d'Armor	Le Bon Cap, Lannion Chlorophylle, Guingamp Kanevedenn, Rostrenen Un Pas en Avant, Dinan Vivre au Pluriel, St Brieuc Espace Crumble, St-Brieuc Le Jardin des Spoutnicks, Lamballe L'Arbre de Vie 22, Loudéac
Finistère	Le Sympa, Morlaix La Boussole, Brest Au Petit Grain, Brest L'Envol, Quimper
Ille et Vilaine	L'Autre Regard, Rennes L'Antre-2 (18-35 ans), Rennes Oxygène, Redon Sémaphore, Dinard L'Appart de la Pinterie, Fougères L'Echappée, St Malo
Morbihan	Vannes Horizons, Vannes L'Escale, Lorient Le Pas Sage, Pontivy L'Harmonie, Locminé

Source : Annuaire national des GEM

Le fonctionnement des GEM repose sur la libre adhésion et une grande souplesse dans l'inscription et la participation aux activités proposées, dont une grande partie est assurée directement par les adhérents. En moyenne, les GEM comptent 70 membres mais il y a une hétérogénéité importante : de 30 à 200 selon les structures.

#### 4.6- Des instances de travail permanentes psychiatrie – intervenants sociaux

Sur tous les territoires existent des échanges entre professionnels autour de situations qui nécessitent passage d'informations, relais, interventions à plusieurs, etc. Mais ces coordinations sont fragilisées par les changements d'interlocuteurs. Aussi, pour contrer cet inconvénient, des instances régulières de travail et de concertation ont été mises en place depuis plusieurs années sur certains territoires du département d'Ille-et-Vilaine : *Rampes* à Janzé-Retiers-La Guerche ; *Rem'aide* à Bain-de-Bretagne ; *Ressources* à Redon ; *Mots Croisés* à St Aubin d'Aubigné et Pacé, *Etincelles* à Guichen et Maure-de-Bretagne ; *Lampadaires*, *Ressort*, *Point d'Interrogation* et *Regards croisés* sur différents quartiers de la ville de Rennes.

Ces instances ne sont pas organisées sur le mode de réseaux animés par un professionnel salarié. Avec des variantes, elles reposent sur les principes de fonctionnement suivants : la création d'un groupe permanent de travail, comprenant des professionnels du social et de la psychiatrie (dont des personnes en position thérapeutique : psychiatre et/ou psychologue, infirmier) ; la programmation de réunions régulières sur une année ; la possibilité pour tout professionnel de tout service public et associatif du territoire de venir y présenter une situation, accompagnés par d'autres intervenants auprès de la personne ou de la famille. Ces dispositifs sont complémentaires au travail que les équipes mobiles Psychiatrie-Précarité assurent dans certains services et équipements sociaux.

La mise en place de telles instances nécessite un long travail préalable de concertation précisant les situations et les professionnels concernés, les modes de fonctionnement, les conditions de respect du secret médical, du secret professionnel des travailleurs sociaux, les effets attendus. Plusieurs de ces instances ont été mises en place après élaboration d'une charte de fonctionnement, avalisée par les institutions et services concernés.

Au fil des ans, ces instances peuvent avoir à leur actif un travail important, au vu du nombre de situations étudiées ; ainsi, à *Lampadaire*, l'instance la plus ancienne de Rennes, créée sur les quartiers de Maurepas-Patton-Longchamps (élargi à Villejean-Beauregard en 2009), plus de 140 situations ont été étudiées dans ce cadre entre 2004 et 2011.

Notons un élément important : en 2009-2010, le CHGR (hôpital public de la psychiatrie couvrant tout le département d'Ille-et-Vilaine sauf les secteurs de Redon et Saint-Malo) a procédé à un redécoupage de ses territoires de secteur de psychiatrie adulte en tenant compte des évolutions démographiques des territoires et des découpages territoriaux des CDAS et des Pays. C'est ainsi que, à une ou deux exceptions près, on a une correspondance entre un secteur de psychiatrie et deux ou trois territoires de circonscription d'action sociale départementale (CDAS) et sur la ville de Rennes avec les territoires des quartiers. Une telle correspondance facilite le partenariat.

#### 4.7- L'hébergement et le logement

Les conditions d'accès et de maintien dans le logement des personnes avec une maladie et des troubles psychiques sont difficiles pour de multiples raisons : la non disponibilité de logements, la solvabilité, mais aussi les difficultés d'insertion sociale, de relation de voisinage, d'appropriation du logement... De multiples acteurs travaillent dans ce sens, dont les bailleurs sociaux, les services d'aide et d'accompagnement à domicile, les associations avec des logements en ALT ou assurant de mesures d'ASLL, les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), dont une part croissante du public a des troubles psychiques.

Par ailleurs des initiatives sont prises pour développer des formules nouvelles de logements et d'hébergement pour ces publics :

- les Maisons Relais, dont le public ne peut être majoritairement des personnes avec des troubles psychiques
- des Résidences accueil, maisons relais plus spécifiquement destinées à ces publics. Il en existe notamment à Redon (Les Deux Vallées), à Rennes (S. de Beauvoir, et Ty Annez, gestionnaire Alfadi), à Fougères (Résidence Villebois-Mareuil, gestion FJT), à St Brieuc (gestionnaire : La Mutualité ; 18 places aujourd'hui, avec un projet de construction d'une résidence nouvelle de 25 places), à Rostrenen (22), à Belle-Ile-en-Terre (22), à Vannes et Lorient (Résidence Accueil de l'UDAF). Ces établissements fonctionnent avec un partenariat avec la psychiatrie et avec un SAVS ou un autre accompagnement social.
- Des centres hospitaliers spécialisés proposent également de l'ALT (aide au logement temporaire) c'est notamment le cas dans le Morbihan où l'EPSM St Avé gère l'ALT L'Etape à Vannes et à Auray.
- Les logements en sous location pour des sortants d'hospitalisation, sous des dénominations diverses

(logements d'insertion ou de réadaptation, appartements protégés, logements associatifs...). Le CHGR, les organismes HLM d'Ille-et-Vilaine, la Ville et Rennes Métropole ont signé en juin 2011 un accord-cadre en vue d'augmenter ce parc de 15 logements par an sur l'agglomération sur 10 ans.

#### 4.8- L'accès et le maintien dans l'emploi

Certaines personnes souffrant de troubles psychiques ou de maladie mentale s'adressent à la MDPH avec une demande d'activité professionnelle ou de formation professionnelle. Ces demandes sont très hétérogènes : personnes avec ou sans emploi, avec ou sans qualifications et diplômes, avec des parcours plus ou moins chaotiques (arrêt maladie, hospitalisation, chômage,...) avec ou sans expérience... Pour une partie de ces personnes, suivre une formation, entrer dans un parcours professionnel, occuper de façon pérenne un emploi est source de difficultés diverses, dans des registres tels que la prise d'initiative, la motivation ou encore la relation aux autres, ce qui peut compromettre provisoirement ou durablement un projet professionnel.

Divers dispositifs peuvent être mobilisés autour des projets d'insertion professionnelle de ces publics : accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH spécialisé handicap psychique, ...Ce soutien à l'insertion professionnelle fait l'objet d'une organisation spécifique en Ille-et-Vilaine avec le GCSMS Fil Rouge 35, groupement de coopération regroupant les acteurs du soin, du social et de l'entreprise : Maffrais services (ESAT), l'Adapt, Essor 35, le CHGR, l'ATI, l'APASE, la Mission Locale. Ce GCSMS travaille depuis 2004 sur l'insertion et le maintien dans l'emploi de ces publics. Ce dispositif assure un travail sur la pré-orientation, est un outil d'aide à la décision de la CDAPH, en travaillant à la fois sur l'accompagnement de la personne, l'appui aux entreprises et aux accompagnants.

A l'initiative de quatre associations représentant les quatre départements bretons spécialisées dans l'inclusion socio-professionnelle de personnes en situation de handicap d'origine psychique (An Treiz (29), APASE - 35), la Sauvergarde 56 et Les Nouëlles (22)), l'association régionale CONVERGENCE BRETAGNE a été créée avec pour objet de favoriser l'inclusion socio-professionnelle des personnes présentant des troubles psychiques. Ses missions portent sur la promotion de la coopération et de la coordination, entre les acteurs des champs du sanitaire, du médico-social et du social, de l'économique, par une démarche commune de mobilisation, de sensibilisation, de formation et de mutualisation.

### 5- Quelques constats et perspectives

Le paysage institutionnel que nous avons présenté peut se lire de deux façons : d'une part, il montre que le fonctionnement des grosses institutions sanitaires a été en partie dépassé, et qu'une diversité de solutions peut aujourd'hui favoriser l'insertion dans la société des personnes avec des troubles psychiques et / ou reconnues avec un handicap d'origine psychique. D'autre part, si l'on se place du point de vue des usagers, on peut penser que les personnes et les familles sont à la fois confrontées à leurs troubles et maladies et à leurs conséquences et aussi à la complexité des services, des institutions et des dispositifs.



Cette complexité peut se traduire par des logiques d'exclusion et de ségrégation : la maladie mentale fait peur, génère des angoisses dans l'entourage, et la tendance peut être de renvoyer les personnes vers d'autres services, en raison aussi du manque de places dans certains dispositifs. Mais cette diversité favorise aussi des parcours singuliers et divers dans des lieux différents à divers moments de la vie.

Les chiffres d'évolution des capacités de prise en charge hospitalière en psychiatrie viennent corroborer les constats de nombreux services sociaux et médico-sociaux dont les personnels soulignent l'évolution des publics vers des personnes avec des troubles psychiques, ce qui interroge leurs pratiques et les confronte à des limites d'intervention. Cette évolution est renforcée par l'évolution sociétale, la précarité sociale pouvant générer un désarrimage psychique.

L'ensemble de ces évolutions a pour conséquence le développement de logiques de collaboration. Mais, en

raison des contraintes qui pèsent sur toutes les institutions, le partenariat est lent et complexe. Il importe là que les montages administratifs de dispositifs ne gommant pas les spécificités des interventions, et notamment la dimension du travail social, éducatif et clinique, qui repose sur un lien spécifique entre une personne en souffrance et des professionnels.

Enfin, on note qu'un acteur institutionnel local prend de plus en plus d'importance dans ces évolutions : après l'entrée en lice des usagers, reconnus au travers de leurs associations, ce sont les collectivités territoriales (Région, Départements et Communes) qui sont maintenant à l'origine de diverses initiatives dans ce domaine. On peut y voir les prémices de politiques locales de santé publique, qui intègrent les enjeux spécifiques à la santé mentale, dans une perspective de prévention et de diversification des modes de prise en charge.

### **Pour en savoir plus ...**

*Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? Synthèse et recommandations. Cédias. CREAHI Ile de France Décembre 2010*

*L'accompagnement des personnes en situation de handicap d'origine PSYCHIQUE par les SAVS et les SAMSAH. Colloque du 19 et 20 janvier 2012. Cédias. CREAHI Ile de France. Accessible sur [www.ancreai.fr](http://www.ancreai.fr)*

*Recherche-action nationale pour la CNSA sur l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique (2007-2009) Cédias. CREAHI Ile de France*

*Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux, DREES, études et résultats, avril 2003, n° 231*

*Handicap psychique et vie quotidienne, Revue Française des Affaires sociales 2009*

*Psychiatrie et santé mentale, Revue Française des Affaires sociales 2004*

*La santé mentale des Français, Sous la direction de R. Lepoutre et J.de Kervasdoué, 2002*

*Santé mentale et société, La documentation française, réalisé par A.M Lovell, avril 2004, n°899*

*Pluriels ...n°87/88 sur les conseils locaux de santé mentale*

*Pluriels ...n°67 sur les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité*

*Pluriels ...n°81 sur l'évaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs*

*Cycle de rencontres handicap psy, 2010, Ille et Vilaine sur site CREA I : [www.creai-bretagne.org](http://www.creai-bretagne.org)*

*Sur les GEM, site l'Autre regard : <http://lautre REGARD.free.fr/>*

*Sur les dispositifs transversaux de quartier sur la Ville de Rennes et Rennes Métropole : [www.apras.org](http://www.apras.org)*

*Actes de la journée d'étude du CREA I du 22 06 2004 sur l'hébergement et le logement, site du CREA I [http://www.creai-bretagne.org/pdf/hebergement\\_22\\_juin.pdf](http://www.creai-bretagne.org/pdf/hebergement_22_juin.pdf)*

*Vivre et dire sa psychose. Ouvrage collectif de la collection Trames, Editions Erès, 2012*

*Au plus près de l'expérience psychotique, Lina Balestière (ed) Editions Erès, 2009*

*Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle, Pierre Delion (ed), Erès, 2006*

*Folie, leçon de choses. Journal d'une infirmière en psychiatrie. Blandine Ponet, Erès 2011*



CREAI de Bretagne – 2B, rue du Pâtis Tatelin - 35700 Rennes  
Tél : 02.99.38.04.14 – Fax : 02.99.63.41.87 – Mail : [creaibretagne@cegetel.net](mailto:creaibretagne@cegetel.net)  
Et retrouvez les informations du CREAI de Bretagne sur son site : [www.creai-bretagne.org](http://www.creai-bretagne.org)

Supplément à VRAC Info N°2012-02 – ISS 0298-4032

