



GIP
TÉLÉMÉDECINE
PICARDIE



GCS e-santé
PICARDIE

GRUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE

« Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

Fabrice LAURAIN

Directeur d'hôpital

Directeur du GIP TELEMEDECINE de PICARDIE

Mesdames,mesdemoiselles , messieurs, ce qui me vaut le plaisir d'être parmi vous aujourd'hui n'est sans doute pas ma qualité de directeur d'une structure de coopération sanitaire public-privé qui développe des solutions collaboratives et mutualisées de transfert d'images, de données , des dossiers médicaux et médico sociaux partagés, mais plus un parcours professionnel qui depuis plus de vingt années maintenant, m'a amené à traverser les services de protection de l'enfance, les services de l'Etat, des établissements de santé, et qui au détour de mes pérégrinations géographiques me donna l'occasion de croiser multitude de professionnels , d'usagers, de familles, d'élus, avec quelques constantes :

- je suis un forcené du droit des gens à une vie sociale aussi banale que possible, et de la liberté individuelle, du droit inaliénable à l'accès au droit commun ;
- je m'estime un professionnel militant du respect des compétences des professionnels de santé et socio éducatifs

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

- je suis pétri de la conviction que les lois et règlements sont tout sauf inutiles, mais au contraire sont une référence qui permet , notamment vis-à-vis des catégories d'établissements et services , les uns sanitaires, les autres médico sociaux, et sociaux, de cadencer le parcours de soins et de réinsertion des usagers, et qui peut et doit fonder une clarté du dialogue entre l'usager , le professionnel et les institutions sur sa situation exacte au regard de la maladie mentale, du handicap, de la dépendance, des droits ouverts ou potentiels ;

bien sûr ce ne sont pas mes seules convictions ; j'ai aussi celle, bien chevillée, que si la société peut légitimement être admirative du travail et de la compétence, du dévouement des professionnels qui interviennent auprès des personnes souffrant de pathologies mentales, elle a aussi le droit et le devoir à travers son administration d'être exigeante , et même très exigeante vis-à-vis de ces mêmes professionnels, au nom des usagers, au nom des ressources que la collectivité consacre à la santé des plus fragiles d'entre ses citoyens ;

quand il m'a été demandé d'évoquer , initialement, les aspects budgétaires et financiers de l'accueil familial thérapeutique, j'ai immédiatement répondu que je ne donnerai pas de chiffres, mais vous proposerai quelques éléments de réflexion sur les motifs institutionnels, les bons, les moins bons, les franchement mauvais, qu'il m'a été donné de constater, quant au développement des places d'accueil familial thérapeutique pour les malades mentaux ; je ne citerai pas d'exemple nominatif, je ne prétendrai aucunement entrer dans la dimension du soin et du sens que peut avoir le placement familial thérapeutique (ou l'accueil familial thérapeutique dans une version plus satisfaisante) dans un parcours de soins, encore que l'on peut constater que dans certains établissements, le placement familial thérapeutique a été plutôt la fin du parcours...

j'évoquerai successivement :

- les considérations qui ont pu permettre ou provoquer le développement de services d'accueil familial thérapeutique par des établissements de santé mentale,
- les modifications fondamentales que devrait induire la loi de 2005, la création des maisons départementales des personnes handicapées, de la prestation de compensation

M. Fabrice Laurain, « *Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale* »

- les potentialités offertes par la création des agences régionales de santé et leurs limites ;
- les facteurs de choix essentiels que sont avant toute autre chose la dynamique soignante et de réinsertion, le projet institutionnel, le projet de vie, le projet de soins, les réseaux de partenariat et de confiance qui seuls , patiemment tissés et entretenus, peuvent être la clef du développement des solutions d'accueil familial thérapeutique de bonne qualité

deux idées à retenir, si ce n'est que deux, dans mon intervention :

- il ne faut pas se laisser enfermer dans une logique de « moins cher, plus cher , que quoi ? que l'hospitalisation à temps plein, alors que l'on sait qu'un lit vidé devient un lit rempli immédiatement, pour de bonnes ou mauvaises raisons ? qu'une sortie vers du logement autonome, avec quel suivi ? de quel coût parle t on ? de quel tarif parle t on ? l'accueil familial thérapeutique est un mode d'hospitalisation, il suppose une équipe, une veille, un suivi , des outils ? qu'est ce qui est comparable ? ne pas se laisser enfermer dans la logique du tarif qu'on perçoit et du tarif qu'on paye est une nécessité pour le soin et la réinsertion ; car de toutes les façons, quand il faut opérer, on opère, quand il fait prescrire, on prescrit, quand on réinsère, on doit aussi le faire sur une considération de besoin et de projet ; l'élément financier est une contrainte, mais c'est celle du gestionnaire ; un service a toujours un coût, et il génère toujours des recettes pour l'établissement de santé ; de même la réinsertion d'un malade mental va générer des coûts sociaux (suivi social, droit au logement, soins ambulatoires, prestations de compensation) ; faut il les rajouter, et à quel sous total absurde ?
- l'accueil familial thérapeutique doit être une passerelle vers le droit commun des personnes dépendantes, et rien ne saurait plus justifier, pas plus qu'avant d'ailleurs, alors que depuis 1989 les dispositifs d'accueil familial des personnes âgées et handicapées ont été fixés par la loi, il soit refusé à un malade mental de constater ses incapacités et sa dépendance et son droit à la bienveillance de l'aide sociale départementale, à l'AAH, aux orientations et accompagnements vers des établissements et services d'accompagnement adaptés et tarifés et financés selon le droit commun ; rien, sinon l'incapacité des uns et des autres à sortir des frontières institutionnelles entre qui paye quoi, sans réelle considération du besoin des gens, l'absence de dialogue s'est souvent installée entre ceux qui s'estiment incompris et avoir affaire à des services de conseils généraux et des associations spécialisées dans le handicap mental ou moteur qui font preuve de mauvaise foi pour préserver les budgets sociaux à leur

avantage exclusif, et ceux qui se plaignent d'un hermétisme des psychiatres et de leurs équipes et de la soit disant volonté de l'ARH de faire des économies et dégager du sanitaire vers le social à tout prix

et notre patient dans tout cela ?

1- LES CHOIX HISTORIQUES DES INSTITUTIONS

Le développement des accueils familiaux thérapeutiques a pu avoir plusieurs facteurs déclenchants dans les établissements de santé mentale

UNE AUTRE EPOQUE ?:

- d'abord dans les meilleurs des cas un projet d'un médecin, d'une institution, délibéré, de privilégier une vie pour des patients chroniques, qui les ramène à une culture connue, familière, celle du milieu agricole, rural, des travaux aux champs et de la vie au village ; certes la qualité des lieux d'accueil est un autre débat, mais à tout une bonne intention et une stratégie perceptible des équipes ; bien entendu la qualité de la surveillance des lieux d'accueil et du suivi des patients est elle aussi concrètement très aléatoire au cours de la vie des institutions ; parfois le meilleur, souvent le médiocre, parfois le pire ;
- il y a eu aussi, comme pour l' « accueil des petits orphelins » et des « petits abandonnés », des motivations plus particulières et plus utilitaires des ruraux, recherche d'argent, de main d'œuvre ; ces petites gens bien souvent, ou ces paysans aisés, trouvant auprès des déficients intellectuels et mlades une main d'œuvre certes parfois peu productive, mais malgré tout docile, habituée à des rythmes de vie, des gestes, des attitudes familières de vie, dans un milieu somme toute rude pour tous, où l'affection et les sentiments avaient peu de place ; dans ce cas le sort du patient a souvent peu différencié de celui des ouvriers journaliers, des petites mains. Le débat peut par contre s'ouvrir au sujet de ces placements beaucoup plus récents, en familles d'accueil ou en lieux de vie souvent non autorisés, non contrôlés, où les constats faits lors d'inspections par les autorités renvoient à ce que l'on aimerait être une autre époque ; tel foyer clandestin pour tous sauf pour le CHS et le maire du village, qui prête des bras aux exploitants agricoles, sans contrôle, sans

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

salairé, avec un père tout puissant , qui arrange bien , parce qu'il ne dérange pas et qu'il ne demande pas cher...on n'est pas en 1900, mais en 1998...on n'est pas en Sibérie orientale, mais en France...

UNE VOLONTE GUIDEE PAR UN INTERET ECONOMIQUE /

- à partir de la volonté des soignants, l'institution a souvent et au moins parfois été sensible au facteur économique ; dans un dispositif de prix de journée, puis plus récemment de dotation globale, puis de dotation annuelle de financement, demain de T2A, l'analyse comparative entre le coût de l'occupation d'un lit et celui d'un accueil familial, entre la construction d'un bâtiment et sa rénovation , ou bien l'externalisation de certains patients est vite à l'avantage de cette dernière ;
- point trop de cynisme, les directeurs d'hôpitaux, les administrateurs de fondations, ont un coeur, mais quand il peut être conforté par les réalités financières, c'est toujours beaucoup plus facile pour concrétiser un projet

HISTORIQUEMENT et encore AUJOURD'HUI , il n'est pas possible d'avoir un raisonnement monolithique sur les aspects budgétaires de l'accueil familial thérapeutique ; tout dépend des réalités du lieu et du moment, de la synergie des acteurs, des positions et des régulations en jeu au cœur de l'institution psychiatrique et de ses acteurs partenaires .

2- LES ELEMENTS BUDGETAIRES - LES ELEMENTS CONSTITUTIFS DES COÛTS

- l'accueil familial thérapeutique peut être de plusieurs types :
 - les familles d'accueil thérapeutiques stricto sensu : au sens de la réglementation en vigueur, des familles sélectionnées directement par l'établissement pour accueillir des adultes, au plus au nombre de 3 simultanément ; des familles d'accueil pour mineurs , disposant d'un agrément du Département (président du conseil général) et

- embauchées par l'établissement ; en tout état de cause l'existence d'un service AFTA ou d'AFTE est constatée par autorisation ARH ;
- l'accueil séquentiel ou de longue durée ;
 - l'accueil dans des lieux de vie dépassant trois personnes simultanément
 - l'accueil dans des familles disposant de plusieurs types d'habilitations
- les éléments constitutifs des coûts et des recettes
 - quant aux coûts, ils dépendent bien entendu de la régularité du dispositif mis en place par l'institution de santé mentale, et du contexte départemental
 - pour ce qui concerne les adultes et les enfants, des normes réglementaires encadrent les rémunérations minimales dues pour les enfants, seuls des statuts locaux pour chaque CHS encadrent la rémunération des accueils d'adultes ; je ne ferai ni l'injure ni l'ennui d'en rappeler les éléments constitutifs, par contre j'insisterai sur le lien entre :
 - la rémunération et les compensations versées par les CHS et les statuts départementaux concernant les accueils d'enfants confiés à l'ASE, les services de placement familial spécialisé pour les enfants handicapés, les familles d'accueil pour adultes handicapés et personnes âgées ; il est évident que le CHS doit se placer au moins au même niveau que les Départements pour être attractifs, ce qui signifie que sauf exception, la fixation des tarifs est largement impactée par des facteurs exogènes , car les départements et les établissements pour personnes handicapées se soucient fort peu de concertation avec les institutions de santé mentale ;
 - le fait qu'IL ME SEMBLERAIT DONC FORT PERTINENT QUE SOUS L' EGIDE DES ARH, et du fait d'une action volontariste des CHS eux-mêmes, des CONCERTATIONS SOIENT EFFECTIVES ENTRE LES DIFFERENTS FINANCEURS ET EMPLOYEURS POUR HARMONISER ET EN TOUT CAS CONCERTER LES MODES DE REMUNERATION, pour éviter concurrence, débauchage, voire incohérences, effets induits sans concertation ;
 - dans ce but, des assises départementales des accueillants familiaux enfants et adultes, la constitution de groupement

d'employeurs avec des instances de concertation sur les profils des accueillants, pour gérer les multi accueils, les cohabitations de population, créer des bases statutaires harmonisées...seraient fort opportunes...

- l'organisation du suivi et des services de l'institution de santé mentale : à tout le moins , on est en droit d'attendre qu'une véritable équipe soit constituée, organisée, pour un suivi efficace , présent, avec une veille, une télé organisation par visio avec les lieux d'accueil ;
 - nous reviendrons sur l'organisation du suivi , mais en tout état de cause, une transversalité et une intersectorialité, qui permettent de mutualiser les moyens, et d'organiser une veille optimales, sont à privilégier
- les recettes : pour les adultes et enfants , la psychiatrie continue à fonctionner en dotation annuelle de financement, mais demain, l'enjeu d'une VALORISATION DE L'ACTIVITE DE PSYCHIATRIE, prélude à la T2A, est primordial ; les services chargés de l'accueil familial doivent donc veiller à ce que soit mis à leur disposition l'outil de suivi et de saisie de l'activité médicale et paramédicale, avec une maîtrise de l'ensemble des critères et une saisie des actes sous la responsabilité réelle des équipes ; si dans l'établissement il n'y a pas de service intersectoriel assurant l'AFTA et/ou l'AFTE, il y a de toute évidence intérêt à avoir ees pratiques homogènes, donc à se doter d'une assurance qualité sur la saisie de la VAP ; maximiser l'exhaustivité de l' activité est un enjeu évident d'ores et déjà vis-à-vis des autorités sanitaires et des directions d'établissements ; rendre compte de l'activité c'est se donner les gages d'obtenir une juste évaluation des coûts, donc de négocier et obtenir que soit mis en place un centre de responsabilité, une UF, un suivi détaillé des coûts ;
- est il raisonnable de parler de comparaison des coûts et des recettes entre l'hospitalisation temps plein, l'accueil familial thérapeutique, l'accueil familial social ? c'est une logique perverse en ce qui concerne les éléments qui doivent guider les arbitrages institutionnels ; rappelons seulement qu'au titre de la réglementation et des principes de la sectorisation , chaque établissement devrait offrir une palette de prise en charge complète, donc permettant une réelle continuité des parcours individuels.
- Dès lors , ce qui apparaît comme les seules lignes de force des choix institutionnels sont les questions suivantes :
 - Existe-t-il oui ou non des prestations d'AFT ?

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

- Comment sont elles organisées et comment faut il les organiser ?
- Comment l'établissement les finance ?
- En les créant , l'établissement décide-t-il de corriger des inadéquations de prise en charge, soit des maintiens en hospitalisation indûs ; les places libérées en hospitalisation temps plein seront-elles fermées ou simplement réoccupées même si fluidifiées ? en synthèse, l'établissement auto finance t il en redéployant ? chaque situation institutionnelle sera différente ;
- Quelle est la coordination et la complémentarité avec les dispositifs sociaux et médico sociaux ? on sait que souvent les uns se sont construits par les lacunes et par défaut des autres ; or la loi de 2005 sur la compensation des incapacités, en rappelant à juste titre que les malades mentaux peuvent être des handicapés ou des « vieux » comme les autres, fournit l'occasion et la légitimité , voire l'impérieuse nécessité morale et éthique aux professionnels de santé mentale de questionner leurs partenaires, et les autorités sanitaires et territoriales pour refonder les filières de prise en charge autour de l'évaluation individuelle des situations et de la reconnaissance des droits communs à toute personne handicapée ou âgée, sans préjudice de l'ardente obligation de qualité faite aux professionnels de santé mentale dans leur suivi, leur transparence, leur traçabilité d'intervention

3- les ELEMENTS CONSTITUTIFS D'UNE PALETTE D'OFFRE D'ACCUEIL ET DE SUIVI

- l'hospitalisation temps plein est un temps du parcours, comme l'AFT en est un autre
 - l'accueil familial thérapeutique des adultes doit être séquentiel, limité dans le temps, il ne saurait se concevoir comme le bannissement à la campagne de patients qu'on ne veut plus avoir en pavillon , et qu'on ne peut faire reconnaître comme dépendants handicapés ou âgés ;
 - l'accueil familial thérapeutique des enfants est historiquement un substitut à une hospitalisation jugée déshumanisante et destructrice ; mais cela n'en reste pas moins un temps d'hospitalisation

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

- dans ces deux modalités AFTA et AFTE, l'usager est un patient hospitalisé, à temps plein sous la responsabilité de l'établissement, le suivi doit être sanitaire et global et implique l'organisation d'une équipe soignante, sous l'autorité d'un médecin, avec un dispositif d'astreinte et de veille à distance, très protocolisé ; le suivi sur « site » d'accueil par la seule assistante sociale de l'hôpital est un grave manquement à ces obligations ; le lien avec le service des urgences de l'établissement, avec des protocoles de retour, d'évaluation des situations en cas d'urgence, le cas échéant avec une possibilité de visio et surtout un processus de déclenchement d'un déplacement infirmier in situ, est une obligation ;
- il est donc évident que l'AFTA- exil, à des distances excessives, hors région, avec des modalités de suivi discutables, voire inexistantes, doit être exclu ; l'image des AFTA est souvent liée à ces cas discutables ;
- la modalité d'AFTA peut être soit dans une famille d'accueil recevant au maximum trois adultes, sans doublon avec d'autres populations accueillies, soit dans un établissement social, ou un lieu de vie dûment agréé, avec lequel le CHS a passé une convention, précisant les obligations de chacun, les prestations, les modalités tarifaires, les relations de partenariat ; mais attention, les lieux de vie ne peuvent plus être ces lieux sans statut précis, au pire des foyers de vie non déclarés aux autorités... depuis 1971 et la première loi sur l'accueil collectif, instituant un régime déclaratif non abrogé d'ailleurs, les lieux d'accueil collectif doivent être déclarés et les établissements de santé mentale ne peuvent prétendre ignorer la loi... force est de constater que certains ont vécu dangereusement...

d'ailleurs le régime déclaratif reste un excellent moyen conjointement pour un établissement de santé mentale, et pour un lieu de vie professionnalisé grâce aux recettes que lui procure l'accueil thérapeutique, de forcer la porte de services de l'Etat ou de départements ; ceux-ci sont certes prompts à déplorer les difficultés d'accueil de malades mentaux, mais peu enclins à impliquer leur autorité pourtant réglementaire dans un dossier d'autorisation ; le régime déclaratif est connu de certains d'entre vous ; l'autorisation n'est pas exclusive d'un contrat ou convention d'exclusivité entre un lieu d'accueil et un CHS.

- la modalité d'AFTE peut être soit un service d'AFTE du CHS recrutant des familles d'accueil agréées par le président du conseil général (on pourrait

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

d'ailleurs penser qu'il serait souhaitable d'évoluer vers cette obligation pour les FTA aussi...), soit une convention avec un gestionnaire disposant d'une autorisation de service de placement familial spécialisé (par ex association gérant des services pour enfants handicapés, notamment avec des troubles du comportement), soit encore par convention avec un établissement social qui pourrait mettre en place un groupe spécifique de vie , médicalisé par convention avec le CHS.

- Dans tous les cas il faut viser à ce que les AFTA et AFTE cessent de se substituer aux lacunes et résistances des uns ou des autres, aux incompréhensions historiques entre le monde du social qui rejetterait les malades mentaux et les troubles du comportement, la psychiatrie qui suivrait peu ou pas ses patients et ferait sortir des fous des asiles, ou bien prendrait en otage des familles d'accueil démunies...
- Le placement en lieu de vie familial au long cours doit être nécessairement ASE, ou nécessairement en famille d'accueil pour adulte handicapé ou personnes âgées ; la maladie mentale traitée induit que dans l'évaluation d'un usager on préconise d'un point de vue médical qu'à un certain moment , la personne ne relève plus d'une responsabilité 24/24, mais d'un accompagnement en ambulatoire, de consultations, d'activités de jour,... ; c'est bien la décision médicale qui doit primer sur toute autre ; à partir de ce constat, on recherche à élaborer un projet de vie, une suite de parcours, qui induit une évaluation des incapacités et dépendances, et de la situation familiale pour un enfant, en fait que l'on formalise et valide les différents éléments de l'adaptation du projet de suivi et de vie ; et en principe pas l'inverse : « chouette, on a trouvé une place en famille d'accueil ou en lieu de vie, ou en établissement...donc on fait vite un dossier » ; c'est comme cela que l'on a bloqué les partenariats et les filières ; certes la psychiatrie n'est pas seule responsable, mais elle l'est autant que le sont des départements, des commissions diverses et variées (CDES, COTOREP, admission à l'aide sociale ...) par leur aveuglement ; entre le « on est incompris et rejetés » et « ils font n'importe quoi », on a de temps à autre persisté dans des dialogues de sourds...

4- l'organisation du suivi

_POUR ÊTRE EXIGEANT dans l'accès aux droits et à un réseau de partenaires et de financements, l'établissement doit l'être vis-à-vis de lui même dans son organisation :

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

- un dossier médical et social unique et numérisé, accessible aux professionnels
- une équipe intersectorielle pluridisciplinaire, repérable et repérée par les partenaires, responsable, et utilisant les prestations de soins des différents secteurs de psychiatrie (hospitalisation , consultations, ...) ; organisée, mobile, réactive, intervenant aussi bien en famille d'accueil qu'en lieu de vie ou établissement conventionné...
- des moyens identifiés et évalués, une valorisation de l'activité et un centre de responsabilité avec des objectifs et des critères d'évaluation : cela peut signifier dans les établissements où l'on a un seul pôle de psychiatrie, une responsabilité de ce pôle sur cette unité , ou la création d'un pôle AFTA, + un pôle AFTE dans les CHS ; c'est certes une position qui peut varier d'un établissement à l'autre , mais je la crois plus opérationnelle qu'un émiettement entre les secteurs ;
- une dispersion géographique des lieux d'accueil familial limitée à ce que l'équipe peut assumer en termes de couverture de qualité, avec un vrai suivi ; en clair se limiter aux territoires couverts
- enfin, l'évaluation des dépendances, l'évaluation de la réponse aux critères sociaux et médico sociaux d'accueil dans les dispositifs de droit commun , que ce soit l'ASE, les droits de la compensation, de la prise en charge de la dépendance et partant l'accès aux orientations de droit commun ; cette évaluation doit cesser d'être comme trop souvent la seule responsabilité des assistantes sociales avec un avis médical, mais être portée de façon PLURIDISCIPLINAIRE (d'ailleurs c'est ce que demande la CNSA) par la communauté des soignants, avec des protocoles formalisés internes et de relations externes

5- DES LORS UNE VRAIE EXIGENCE

- les équipes de santé mentale doivent revendiquer et assurer une vraie présence, portée par les psychiatres mais aussi par les psychologues et les soignants , dans les instances d'orientation et d'accès aux droits
- les institutions de santé mentale, portées par l'ARH et une dynamique territoriale , doivent pouvoir participer aux arbitrages territoriaux des schémas médico sociaux et sociaux, être acteurs des dispositifs d'accueil familial social
- on peut penser que les établissements de santé mentale, très demandés dans les soutiens aux acteurs sociaux et médico sociaux, doivent dépasser les approches de gré à gré de tel professionnel à tel autre ou strictement

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale »

reposant sur tel ou tel psychiatre, au profit d'une discussion du gagnant-gagnant avec les associations du secteur « handicap », avec les « conseils généraux » et les EHPAD,

- l'accueil des handicapés psychiques, des handicapés mentaux, des troubles psychologiques, devrait être porté comme cela a pu être le cas par endroits, dans des concertations territoriales associant l'Etat, les départements, les associations, les établissements, voire au mieux déboucher sur des groupements de coopération sociale ou médico sociale
- les établissements de santé mentale pourraient systématiquement solliciter seuls ou en convention avec des associations existantes d'habilitations de suivi des placements familiaux sociaux

6- DES LORS UN RESULTAT RECHERCHE

ce qu'on recherche, ce n'est pas une économie budgétaire, ce n'est pas le maintien d'un statut de malade mental hospitalisé qui permet une prise en charge à 100 %, ce n'est pas la libération de lits , ou les redéploiements ; c'est à travers la formalisation de processus fluides, la continuité du parcours de réinsertion d'un usager, que d'abord on essaye de ne pas étiqueter socialement et statutairement plus malade qu'il ne l'est, qu'ensuite on fait accéder au droit commun des usagers souffrant d'incapacités liées à l'âge, à des manifestations induites par un type de pathologie, par des troubles induits, par une situation sociale individuelle ;

l'enjeu des relations avec les MDPH est essentiel ; l'accompagnement des ARH et des services de l'Etat est nécessaire pour que l'accueil de longue durée en milieu familial soit de plein droit l'accueil social avec un contrat d'hébergement, un projet de soins ;

les potentialités offertes par les innovations de la loi de 2005 sont réelles ; en effet , le président du conseil général devient l'interlocuteur central, à travers le directeur de la MDPH , et les représentants de l'assemblée départementale dans les instances des établissements ; dès lors , comme il détient l'ensemble des compétences « handicap » et personnes âgées, en termes d'accès individuel aux droits de la compensation et de la dépendance, il est plus aisé de gérer avec cette collectivité l'ensemble des facteurs de décision ;

M. Fabrice Laurain, « Le choix institutionnel de développer l'accueil familial thérapeutique ou l'accueil en lieu de vie : éléments d'une décision stratégique et politique- du projet de vie à l'action institutionnelle et territoriale»

enfin , l'évolution des ARH vers les ARS et la concentration des décisions en matière sanitaire et médico sociale ne va que renforcer ce lien étroit et stratégique ;

l'enjeu est que, quelqu'en soit la résultante individuelle en termes de ressources disponibles , l'utilisateur soit bien à chaque moment de son parcours

en adéquation état de santé- ^{iTunes.lnk} dépendance- incapacités, statut social