



Krize intégrale 7 • rr: remyr.com

Journée interrégionale du 13 novembre 2007

## **Santé mentale et précarité Les mal lotis du logement ?**

*Trajectoires et partenariats*

# **Haute-Normandie Picardie Nord-Pas de Calais**

Avec le concours de l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité ONSMP-ORSPERE





## Ouverture ..... 4

*Françoise VAN RECHEM*, directrice régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie  
*Jean-Claude WESTERMANN*, directeur régional des affaires sanitaires et sociales  
du Nord-Pas de Calais

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques ..... 7

*Dr Serge KANNAS*, psychiatre, mission nationale d'appui en santé mentale

## Trajectoires et accompagnements ..... 10

### Témoignage d'usager

Parole d'usager: *Claude ETHUIN*, président de Nord mentalités (Vidéo)

### L'accompagnement vers le logement. points de vue de professionnels (table ronde)

*Dr Alain GOUIFFES*, psychiatre, coordonnateur du réseau régional action psychiatrie précarité  
(RRAPP Haute-Normandie)

*Olivier ORDRENOU*, directeur du carrefour des solidarités, Rouen

*Dr Laure SAUVAGE*, responsable de l'unité d'accueil et d'orientation, Amiens

*Catherine OBRY*, référente de l'équipe mobile hospitalière précarité, Amiens

*Jean-Yves BOUREL*, Fnars du Nord-Pas de Calais

*Dr Jacques DEBIÈVE*, psychiatre de l'équipe mobile Diogène, Lille

*Echanges avec la salle*

### Partage d'expériences

*Lydie LEROY*, coordonnatrice réseaux santé mentale-précarité (Nord-Pas de Calais)

*Dr Philippe LEVEQUE*, psychiatre, maison relais d'Arras

*Philippe GILBERT-D'HALLUIN*, sociologue, délégué de la Fnars de Picardie

## Après-midi

## Partenariats ..... 37

### Atouts et difficultés du travail en partenariat, l'exemple du Havre

*Christine LEFRECHE*, directrice adjointe de la DDASS de Seine Maritime

*Robert FOUBERT*, conseiller général de Seine Maritime

### Préparation à la sortie, accompagnement et gestion des difficultés (table ronde)

*Dr Philippe LERNOU*, psychiatre, président de la commission médicale d'établissement  
du centre hospitalier Pinel, Amiens

*Delphine FOURNIER*, assistante sociale à l'Unité de préparation à la sortie, Ch Pinel, Amiens

*Bruno ANQUETIL*, conseiller technique régional en soins, DRASS de Haute-Normandie

*Claude DOGNON* président de l'association Archipel, Lille

*Echanges avec la salle*

## Synthèse de la journée ..... 54

*Dr Jean FURTOS*, psychiatre, directeur scientifique à l'ONSMP-ORSPERE, Lyon

## Perspectives ..... 60

*Dr Pierre LARCHER*, ministère du Travail, des Relations Sociales et des Solidarités,  
ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

La journée a été animée par Luc HOSSEPIED, journaliste

## Luc Hossepied

*Journaliste, animateur de la journée*

**Je m'appelle Luc Hossepied, journaliste, j'accompagne assez souvent la DRASS Nord-Pas de Calais sur des problématiques de santé publique. Mon objectif, aujourd'hui, est de permettre le dialogue entre vous, avec, pour un maître mot autour de cette thématique de la santé mentale et du logement, le mot transversalité.**

**Nous allons beaucoup nous répéter grâce à des expériences qui ont lieu soit en Haute-Normandie en Picardie, dans le Nord-Pas de Calais. L'intérêt, c'est l'échange. Merci à tous les témoins d'être rapide.**

**Françoise Van Rechem, vous êtes chez vous, Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie, merci d'accueillir votre public.**

## Françoise Van Rechem

*Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Picardie*

Bonjour à toutes et à tous. Merci d'être présents. Merci aux organisateurs, aux intervenants, et puis à vous tous, les participants. Il s'agit d'une journée interrégionale Haute-Normandie/Picardie/Nord-Pas de Calais sur la thématique de **la santé mentale et de la précarité**, dont le déroulé sera présenté par mon collègue du Nord-Pas de Calais, Jean-Claude Westermann.

La santé mentale est une des priorités de santé publique dans notre pays et c'est une priorité qui concerne particulièrement les trois régions réunies aujourd'hui. Je ne donnerai pas de chiffres compte tenu du timing serré de la matinée, pour laisser ensuite la place aux intervenants et aux échanges avec la salle.

Les conséquences - nous le verrons à travers les exposés et les débats de la journée - apparaissent assez clairement, dépassant le cadre de la maladie, pour influencer voire freiner l'insertion ou l'intégration dans le travail, le logement, ou plus globalement la place de l'individu dans la société.

C'est l'un des débats importants de société, dont les objectifs sont pris en compte dans différentes politiques publiques mises en place par l'Etat, par des organismes de protection sociale ou par des collectivités territoriales, que ce soit en matière d'organisation des soins, d'accès au logement, d'accès à l'emploi, mais également d'accès à une prise en charge médico-sociale ou sociale.

Je tiens enfin à saluer la présence de représentants des directions d'administrations centrales à la demande desquelles cette journée est organisée, à la fois la Direction Générale de la Santé, la Direction Générale de l'Action Sociale et également la direction de l'Hospitalisation et de l'offre de soins.

Je vais vous souhaiter de bons travaux, des pistes de réflexions qui vont toutes nous intéresser ensuite pour la mise en œuvre de politiques de proximité sur laquelle nous devons travailler tous ensemble.

## Jean-Claude Westermann

*Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales du Nord-Pas de Calais*

Mesdames et Messieurs, bonjour. Je m'associe aux remerciements qui viennent d'être faits, je ne les referai pas à mon tour mais je voudrais tout particulièrement souligner l'hospitalité qui nous est offerte par Monsieur Domi, Directeur Général du CHU, car on l'oublie souvent quand on a des manifestations et sans cette aimable prestation, les choses seraient plus compliquées.

Ma collègue Claudine Bourgeois, directrice régionale de Haute-Normandie, aurait souhaité être présente, mais hélas l'attrait de la Jordanie a fait qu'un voyage programmé de longue date ne pouvait être annulé, raison pour laquelle elle n'est pas présente aujourd'hui. Elle est parmi nous dans l'esprit.

Avant de parler du programme de nos travaux, je voudrais évoquer la question de la démographie des professions de santé, notamment celle de la démographie médicale. Nous avons dans cette région, nous le savons, des difficultés à mettre en œuvre nos politiques de santé publique, notamment en matière de santé mentale, parce que nous souffrons d'un sous-effectif médical chronique. Ce sous-effectif médical fait que :

- Si l'on prend les médecins libéraux, généralistes, nous avons, pour 10 000 habitants :
  - **115 généralistes dans le Nord-Pas de Calais**
  - **95 en Picardie**
  - **99 en Haute-Normandie**
  - **113 en France.**
- En ce qui concerne, l'ensemble des spécialistes libéraux :
  - **60 dans le Nord-Pas de Calais pour 10 000 habitants**
  - **61 en Picardie**
  - **47 en Haute-Normandie**
  - **88 en France.**

- En psychiatrie libérale:
  - **3,27 dans le Nord-Pas de Calais**
  - **5,4 en Picardie**
  - **3,41 en Haute Normandie**
  - **10,71 en France.**
- Les psychiatres salariés exclusifs:
  - **9,7 dans le Nord-Pas de Calais**
  - **9,54 en Picardie**
  - **10,66 en Haute-Normandie**
  - **11,81 en France (la différence est moindre)**

Nous avons des difficultés de prises en charge, notamment médicales, des populations en souffrance. Par convention entre vous et nous, nous ne parlerons plus de ce sujet dans la journée, ça ne sert à rien de s'appesantir sur des faits que nous partageons, sur des constats que nous partageons, même s'il faut faire quelque chose bien entendu.

Je vais parler de ce que je connais: la région Nord-Pas de Calais. Elle met en place toute une série de choses au niveau libéral: la notion de maison médicale pluridisciplinaire, la notion de bourses (je sais aussi qu'ici en Picardie, il y a des bourses qui sont attribuées) pour permettre la fidélisation des gens à l'issue de leurs études. Bien sûr que l'on fait beaucoup de choses et bien sûr que l'on continuera à en faire beaucoup, même si effectivement le mouvement de revendication des internes qui vient d'obtenir satisfaction n'est pas de nature forcément à nous rassurer. Comme je l'ai dit hier aux internes de la région Nord-Pas de Calais que l'on accueille traditionnellement dans la région au moment où ils débutent leurs études, « *je suis tout à fait favorable à la liberté d'installation pour vous, internes du Nord-Pas de Calais, dans cette région* ». C'est bien cela l'idée. Que les gens qui sont là, qui viennent d'ailleurs, on essaie de les fidéliser dans nos régions. C'est le premier pas. Nous sommes suffisamment agissants pour que ces choses-là portent un fruit.

Donc, ce que je voulais dire, c'est: oui, il y a un problème des professions de santé. Oui, il s'agit d'un problème important. C'est au détriment de nos enfants, des adultes, de tout le monde. C'est au détriment de la qualité de vie des professionnels qui exercent dans nos régions, parce que ça veut dire qu'ils ont plus de travail qu'ailleurs. C'est même une totale inégalité, mais c'est un fait. Si vous voulez bien, n'en parlons pas ici, ça évitera d'alourdir les débats sur des choses pour lesquelles il n'y a pas, aujourd'hui, de réponse à apporter puisque cette question n'est pas prévue au programme de notre journée. Aujourd'hui, c'est une journée pour l'accès au logement, avec des difficultés particulières pour les personnes qui malheureusement sont en situation de précarité et qui ont des problèmes de santé mentale. C'est la difficulté supplémentaire.

*Trajectoires et partenariats*, c'est le sous-titre de la journée et c'est extrêmement important. C'est un moment où la santé et le social font front commun pour tenter d'apporter une réponse commune à une difficulté partagée.

Comment la journée va-t-elle se passer ?

Nous commencerons par *la thématique des enjeux de la transversalité dans les pratiques publiques*, suivie par des témoignages de *Trajectoires et accompagnements*. À 14 heures, après la pause repas, moment important où vous échangerez, la question des *partenariats* sera abordée. Après chaque exposé, vous disposerez d'une demi-heure pour échanger vos points de vue. La *synthèse* de la journée appartient au Docteur *Jean Furtos*, ici présent, que je salue et enfin le Docteur *Pierre Larcher*, de notre ministère, mettra en *perspective* nos travaux par rapport à ce qui est convenu, France entière.

Merci de votre attention. Je suis sûr que cette journée sera féconde en propositions et vous remercie par avance de cette fécondité.



# Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

## Luc Hossepied

*Dr Serge Kannas, vous êtes membre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM). La transversalité, Jean-Claude Westermann en a parlé. Médico-social, psy, l'hôpital, les CHRS... Tous ces acteurs doivent mieux se connaître, c'est l'avantage de la transversalité. Pas si facile! C'est à vous!*

## Dr Serge Kannas

Psychiatre

Bonjour à tous et merci aux organisateurs qui m'ont fait le plaisir et l'honneur de m'inviter. J'ai un petit problème avec le titre de mon intervention. En effet, le titre qui m'avait été proposé était « *Enjeux de la transversalité dans les politiques publiques* ». Sur le papier, c'est devenu « *Enjeux de la transversalité dans les pratiques publiques* ». Le titre qui m'a été donné était le bon, mais peut-être faut-il voir (je suis psychiatre excusez-moi, c'est une tare que j'espère non rédhibitoire!) dans ce lapsus le fait que ces enjeux ne sont pas que théoriques mais des enjeux vraiment pratiques et qui touchent à la vie réelle de nombreuses personnes.

Je suis donc psychiatre et je fais partie d'un organisme situé auprès du Ministère de la santé, de ses trois directions, qui est un organisme d'aide à la planification en santé mentale. Je vais vous présenter ces enjeux à partir d'une porte d'entrée qui est celle du psychiatre ou de la psychiatrie et comment ces portes d'entrée ont fini par rencontrer toute une série de préoccupations et de clientèles à partir des préoccupations mêmes de la psychiatrie.

Alors très rapidement parce que le temps est compté: vous voyez, je fais 150 ans de psychiatrie en une diapo (c'est quand même un record!). 100 ans, c'est le stockage des patients dans les asiles. On arrive en 1950 à 120 000 lits occupés par les malades mentaux. De 1950 à 1990, c'est le déclin de l'asile, dans tous les pays d'ailleurs, pas seulement en France, et on va passer en 40 ans de 120 000 à 60 000 lits.

Cette période que l'on retrouve dans tous les pays développés, on l'appelle la désinstitutionnalisation, et elle va avoir des conséquences très importantes pour la psychiatrie. La première, c'est que 80% des traitements actuels de la psychiatrie sont des traitements ambulatoires. Qu'est-ce que veut dire ambulatoire? C'est un terme du jargon de la psychiatrie, qui veut dire que les gens sont traités chez eux, dans leur milieu de vie, c'est-à-dire avec leur famille. Les conséquences, c'est que l'on ne peut plus, on ne doit plus, séparer le traitement et la prise en charge des patients, ainsi que leurs troubles, du contexte social et familial dans lequel ces patients évoluent.

- Donc première conséquence, c'est l'intrication des soins et de l'environnement du patient. C'est une donnée irréversible.

- Seconde conséquence, souvent sous-estimée, la sortie de ces nombreux patients ou leur non-admission correspond à un transfert de charges. Le traitement ambulatoire, c'est le transfert de charge des soins vers l'environnement, c'est-à-dire principalement la famille des patients. Enfin, point important que l'on retrouve dans tous les pays développés, les ressources sociales et de logement nécessaires aux patients sortis ou qui ne sont pas admis, n'ont pas suivi les besoins.

Les résultats: il y en a au moins trois pour la psychiatrie qui expliquent en partie sa crise actuelle. Une partie de la psychiatrie ambulatoire, c'est-à-dire de la psychiatrie effectuée dans la cité, a pallié le manque d'accompagnement social et de logements de certains patients par des activités, par des interventions qu'elle a appelé thérapeutiques, qui le sont, mais qui ne sont pas que thérapeutiques, mais aussi sociales: il s'agit d'occuper les patients, de rompre leur isolement social, de leur proposer des hébergements spécialisés. Mais quand on y regarde de près, on voit que ce sont des solutions qui sont à la fois thérapeutiques mais aussi palliatives aux manques de réponses sociales. C'est ce que j'appellerai des inadéquations de ressources ambulatoires. Ce manque d'accompagnement social et d'hébergement a également maintenu, beaucoup d'études nationales, régionales le montrent, dans l'hospitalisation psychiatrique environ 13 000 personnes qui ne peuvent sortir faute de réponse adaptée.

- La troisième conséquence pour la psychiatrie, c'est que l'on se trouve confronté à un double mouvement paradoxal: ne peuvent pas sortir des gens qui le pourraient si de meilleures conditions d'accompagnement social étaient réunies et ne peuvent pas entrer facilement des gens qui le devraient compte tenu de la gravité de leur état.

Un point qu'il faut remarquer: je reviens d'Aquitaine où l'on accompagne toute une série d'équipes de psychiatrie mais je l'ai vu aussi dans certains coins de Haute-Normandie où il y a des discussions sur la reconstruction d'un hôpital: ce n'est pas partout, mais c'est assez frappant de le voir assez régulièrement: ce déficit d'expériences des équipes soignantes, en dehors des travailleurs sociaux, dans le domaine des réponses médico-sociales et sociales. Quand on interroge les psys sur les réponses nécessaires, ils nous disent: oui, il faut des maisons d'accueil spécialisé (MAS), des foyers d'accueil médicalisé (FAM), des foyers occupationnels, etc. En dehors de cela, plus rien n'existe et il est très difficile de faire exister l'idée que les réponses les plus nécessaires sont des réponses en termes d'hébergement de toute nature et de services d'accompagnement à la personne. Là, les équipes de psychiatrie ont du boulot à faire.

Dans ce processus (je vous ai présenté les problèmes de la psychiatrie), on retrouve en miroir l'évolution concomitante des services médico-sociaux et sociaux. On sait qu'historiquement ils accueillent, depuis toujours, un nombre important de malades mentaux qui sont soit des sortants de la psychiatrie (le processus

et les problématiques dont je parle n'ont pas attendu qu'on les observe pour exister au préalable) et des patients qui ont des pathologies psychiatriques qui ne sont pas passés par l'hospitalisation, qui ont suivi d'autres parcours. C'était une partie importante d'une clientèle dont la pathologie est avérée. Une autre partie importante de la population accueillie ne présente pas une pathologie avérée mais un ensemble assez hétérogène, disparate, de troubles, de problèmes, de réactions, d'adaptation à leur situation de vie, de handicap et qui pose des problèmes considérables aux équipes sociales ou médico-sociales qu'elles débordent par l'intensité des problèmes, par le caractère complexe ou extrême des comportements observés. Ces aspects concernent toutes les catégories d'âge de clientèle, c'est-à-dire les enfants, les adultes et les personnes âgées.

Les politiques publiques: je ne vais pas vous faire un rappel, mais déjà si vous voyez ça (et à mon avis j'ai dû oublier des choses): les lois de mars 2002 sur les institutions sociales et médico-sociales, la loi de février 2005 sur l'égalité des chances et le handicap psychique qui reconnaît le handicap psychique (souvenez-vous des controverses au moment de la loi de 1975 et de la position caractéristique du psychiatre à cette occasion), cette loi de février 2005 qui crée les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et des ressources pour répondre aux besoins qui ne sont pas uniquement les besoins du handicap psychique évidemment. Le plan psychiatrie et santé mentale, plan 2005-2008 qui comprend 5 ou 6 axes. Le 5<sup>ème</sup> axe est un axe qui met l'accent sur l'articulation indispensable entre le sanitaire, le médico-social et le social.

Si on élargit encore, on voit que sont impactés dans toutes ces questions, le plan de cohésion sociale, la politique de la ville... J'en oublie mais il y a suffisamment de gens spécialisés, ici, dans ces questions pour compléter. Vous voyez tous ces sigles barbares en fin de ligne : SROS, PRIAC, PRSP, PRAPS... (voir glossaire). J'en oublie sûrement. Ils traduisent les efforts d'adaptation des politiques publiques pour produire des effets de planification concernant toutes ces questions qui se croisent de plus en plus, d'où la transversalité qui n'est que le reflet pragmatique de ces croisements.

Dans la diapo suivante, si l'on se place sous l'angle des résultats à attendre, j'oserai une image. Dans ma pratique de psychiatre, j'étais thérapeute familial, un de mes amis, thérapeute familial également, me disait « la thérapie, ce n'est pas comme les cornichons au vinaigre ». Je lui ai demandé de m'expliquer : « c'est simple ! Quand vous voulez obtenir des cornichons au vinaigre, vous prenez des cornichons, un bocal que vous remplissez de vinaigre, vous mettez les cornichons dedans et vous refermez le bocal. Trois mois ou six mois après, vous ouvrez le bocal : vous avez des cornichons au vinaigre. Quand vous voulez faire une thérapie ou transversaliser avec des gens, il ne suffit pas de les mettre dans un bocal, de fermer le bocal et d'ouvrir le

bocal et de les retrouver après. Ça ne marche pas ! ». La transversalité, c'est quelque chose qui doit être engagé, effectif, continu, durable. Ça suppose donc un engagement de tous les acteurs. C'est un truisme, mais c'est quand même quelque chose qui est un préalable.

#### **Les objectifs de cette transversalité peut-être faut-il les rappeler ?**

- Améliorer les réponses aux besoins de logement et d'accompagnement social des personnes handicapées psychiques
- Améliorer les réponses aux besoins de santé mentale des personnes des secteurs social et médicosocial

Ces politiques ne tiennent que s'il y a un engagement continu de tous les niveaux d'acteurs et que si il y a effectivement un donnant-donnant ou une réciprocité.

#### **Les conditions d'existence de ces politiques transversales**

le diagnostic partagé. S'il n'y a pas de diagnostic et s'il n'est pas partagé, on ne peut pas mener de politiques. La possibilité de réciprocité (dont je parlais tout à l'heure) : il faut qu'il y ait une relation gagnant-gagnant dans cette politique, il faut que la psychiatrie puisse sortir de son arthrose et retrouver une flexibilité, moyennant quoi il faut qu'elle puisse offrir de meilleurs services aux populations qu'elle dessert et aux populations qui ont besoin d'elle et qu'elle ne dessert que partiellement ou pas encore. Cette réciprocité est aussi au cœur de la transversalité, s'il n'y a pas ce deal qui doit se situer à tous les niveaux (local, loco-régional et régional), je ne parle même pas des deals nationaux sur les enveloppes financières, eh bien il n'y aura pas de politique transversale. Puis, une évaluation régulière des résultats qui doit partir d'indicateurs partagés (sanitaires et non sanitaires) qui prennent en compte la satisfaction des usagers, de leur famille et des utilisateurs.

Sur la diapo suivante, c'est là où j'ai écrit le plus de choses. C'est le côté pratique. Vous voyez le lapsus du début de l'intervention, il est nécessaire à mon avis d'articuler deux niveaux de territorialité : un niveau local : on va croiser des informations pour le diagnostic et l'évaluation issues de territoires de santé, sociaux, d'action médico-sociale, de l'enfance... Ce sont des territoires qui ne se recouvrent pas nécessairement. Vous voyez le foutoir ! Mais en même temps, c'est la condition indispensable pour coller à la réalité du terrain et pour coller aussi au bricolage et à l'originalité de la construction potentielle des réponses. Si on ne part pas de ce niveau là, on ne peut pas réussir. C'est l'aspect ascendant d'alimentation de cette planification transversale. Ce niveau d'information locale ascendant doit s'articuler avec des territoires plus vastes, départementaux, régionaux où là, il y a des acteurs définis qui ont des capacités de décision,



d'engagement de budgets et qui sont des décideurs de plans, de schémas et de coordination de ces plans et des schémas.

Le dernier élément, qui est peut-être aussi le plus important, parce que l'on touche à des questions pratiques : il est nécessaire que toutes ces actions, aussi bien au niveau local qu'au niveau départemental ou régional, soient lisibles et visibles. A tous les échelons, il faut que les acteurs concernés par ces questions puissent identifier qui pilote, qui décide, quel est l'interlocuteur pertinent. Je suis extrêmement frappé : je reviens par exemple d'Aquitaine où la psychiatrie d'une partie de ce territoire a des problèmes d'inadéquation hospitalière comme toute la psychiatrie française.

Quand on regarde dans le passé comment ils s'y sont pris, ils ont essayé de traiter les cas de leurs patients un par un. Ça a marché à la tête du client, du client-patient, du client-psychiatre, du client-travailleur social ou du client-service social ou médico-social. Ça a plus ou moins bien marché. Puis, quand il a fallu aller plus loin parce que cette question concernait plusieurs dizaines de patients, ils ont regroupé des patients et ils ont fait ça par service. Nouvelle étape, et il y a eu des échecs. Finalement, on s'aperçoit que si on veut augmenter les chances de réussite, bien entendu qu'il faut identifier les cas, qu'il faut des relations personnelles, mais il faut aussi que l'alimentation des informations passe par les équipes, les établissements, que les établissements deviennent porteurs et trouvent à ce moment là des interlocuteurs identifiés.

Dans cette partie de l'Aquitaine dont je parle, il aura fallu plusieurs années pour passer du patient au service, du service à plusieurs secteurs et c'est seulement maintenant que l'établissement (qui est un hôpital général) estime qu'il est concerné par un projet et un programme global et il va se mettre en quête d'un interlocuteur identifié à la DDASS sachant que ce n'est pas seulement la DDASS, qu'il y a d'autres interlocuteurs... Vous voyez la difficulté pratique ? Je ne vous apprends rien. Mais si ces difficultés pratiques ne sont pas traitées, réglées, on va perdre un temps fou et les patients, les résidents resteront en rade, c'est pour ça que je suis favorable à des actions comme celles que l'on a stigmatisées positivement en Haute-Normandie, où il y avait des organisations (par exemple, il y avait des organisations projets, des postes conjoints DRASS... des organisations qui permettaient non pas de supprimer la complexité, mais en tout cas de la réduire pour les utilisateurs et pour permettre un pilotage plus efficace). J'en terminerai là. Je vous remercie de votre attention.

**Luc Hossepied**  
**Merci beaucoup.**

*Le diaporama du Dr Kannas se trouve page 62.*

VIDÉO

## Témoignage d'utilisateur

**Luc Hossepied**

*Pour raconter un parcours en images, il n'y a rien de mieux qu'un film... mais ce n'est qu'un film: il s'agit de la relecture par des journalistes d'une histoire individuelle, celle de Monsieur Ethuin, présent aujourd'hui. Il est aussi président fondateur de l'association Nord Mentalités.*

*M. Ethuin, merci d'être des nôtres. Nous allons vous voir vivre dans votre logement. Ce logement, c'est un point d'arrivée après un long et difficile cursus. Vous allez découvrir le film en même temps que nous.*

*Témoignage de patient (vidéo) voir texte page 61. Le film est en simple accès sur le site des Drass du Nord-Pas de Calais, Picardie et Haute-Normandie.*

*... Incident technique: interruption de la projection*

**Luc Hossepied**

*M. Ethuin, parlez-nous de l'association que vous avez montée, Nord Mentalités.*

**Claude Ethuin**

C'est une association représentant les usagers dans son fondement. Elle est née en 2000 d'un secteur de psychiatrie du Dr Roelandt, et je l'ai rendue indépendante des services de soins dans les années 2003-2004. Cette indépendance nous permet non seulement d'avoir une situation de représentants des usagers dans les instances hospitalières, mais nous sommes actifs également au niveau de la région et nous sommes maintenant reconnus, agréés. Aujourd'hui, je suis accompagné des membres de l'association. Ils se présenteront à un moment donné dans la journée. On développe un point de vue, le ressenti qu'on a nous, en tant qu'anciens patients ou anciens usagers des services de soins. Nous détenons une compétence qui permet d'éclairer, de notre point de vue, la prise en charge qui doit être convenable, notamment le problème du logement, nous y sommes très attentifs.

**Luc Hossepied**

*« Quand on a un logement, on n'a pas tout, mais on a l'essentiel ». Répéteriez-vous cette phrase ce matin ?*

**Claude Ethuin**

Bien sûr, c'est un fondement. Si on n'a pas de logement, on ne peut pas aller bien dans sa vie et c'est valable pour tout le monde d'ailleurs. Ce n'est pas que relatif à une attitude, une fragilité mentale ou psychique. La perte d'un emploi ou un désordre familial conduit peut-être une personne à l'extérieur et c'est pourquoi on retrouve des gens à la rue. Ça ne veut pas dire qu'ils n'ont pas de travail. Ils n'ont pas de logement. Ils peuvent se fragiliser au bout de trois jours, assez facilement.

**Luc Hossepied**

*Dr Kannas, vous avez parlé de « crise actuelle ». Derrière ces mots, que dites-vous ? Et cette crise peut-elle se terminer en élaborant de nouveaux dialogues ?*

**Dr Serge Kannas**

Je parlais de crise de la psychiatrie. Il y a deux aspects dans la crise de la psychiatrie: un aspect global qui tient aux transformations qu'elle subit (tout à l'heure dans les diapositives, je montrais l'évolution qui s'était passée pendant un siècle qui avait été d'accumuler un grand nombre de patients, l'évolution de 1950 à 1990 qui était la diminution du nombre de patients. On entre maintenant dans une troisième période d'évolution qui est qu'on ne peut plus compter sur cette diminution comme une variable d'ajustement. La psychiatrie et son environnement doivent s'adapter pour faire face à des problèmes qui ne peuvent plus durer de la même façon. Par exemple, il faut que les besoins pour l'hospitalisation soient non pas reconnus mais que l'hospitalisation devienne quelque chose qui soit utilisable, sinon facilement, en tout cas en fonction des besoins. Alors que pour l'instant une partie de l'hospitalisation est saturée pour des raisons que j'ai évoquées tout à l'heure, c'est-à-dire l'impossibilité de sortie d'un nombre élevé de patients. Je rappellerai, par exemple, que si on fait sortir un patient hospitalisé, faute de logements et d'accompagnement social à l'année, ça libère une vingtaine de places d'hospitalisation par an en psychiatrie; si on en fait sortir 100, ça libère 2000 places. Si on fait sortir ne fut-ce que la moitié de ces patients qui pourraient bénéficier d'autres réponses, on peut retrouver une capacité d'hospitalisation qui est celle de l'ensemble des secteurs de la psychiatrie française. On voit bien qu'il y a là une responsabilité stratégique qui est soit de choisir une politique par exemple, pour la psychiatrie qui consiste à augmenter le nombre de lits (qui sont des lits sanitaires, qui sont des lits chers, qui n'auront peut-être pas le personnel suffisant pour les faire tourner) ou simultanément de développer une politique alternative qui permet à la psychiatrie hospitalière de retrouver une respiration pour faire aussi autre chose. Il y a un enjeu stratégique. Même si l'argent est disponible, on ne pourra pas l'utiliser deux fois. Donc, il y a une crise évolutive générale de la psychiatrie. Il y a une crise des démographies et des métiers - auxquels il a été fait allusion en début de discussion - et puis il y a une crise spécifique de l'hospitalisation pour les raisons que je viens d'évoquer. Ce qui est un peu dommage, parce qu'une génération de psychiatres, comme la mienne, comme celle présente ici, a vécu avec l'idée que l'avenir de la psychiatrie est un avenir plutôt centré sur la communauté et les réponses dans la communauté et la crise de l'hospitalisation ramène l'hospitalisation au centre des préoccupations alors que ça ne devrait plus être le cas.

## Luc Hossepied

*Notre journée-rencontre n'existe que parce qu'il y a crise; chacun sait que l'hospitalisation n'est pas la réponse à tout, qu'un réseau de compétences existe autour du patient. Partageons les histoires, les cursus, etc. De la crise, naissent des expériences innovantes; nous allons les découvrir. Mais sont-elles des exceptions ?*

## Dr Serge Kannas

Pour être transversal, il faut être au moins deux. C'est comme une vie conjugale.

## Luc Hossepied

*Et alors ?*

## Dr Serge Kannas

Il faut leur poser la question. En tant que psychiatre, j'ai besoin de partenaires et d'interlocuteurs pour que la psychiatrie que je représente (que je participe à représenter), puisse se libérer d'un certain nombre de contraintes qui sont des contraintes qu'elle pourrait ne plus porter. Je sais aussi, et je suis prêt à y répondre en échange, que je me faisais aider sur ce point que si j'accepte d'aider l'autre, c'est-à-dire de le reconnaître dans ses besoins. C'est dans cet aspect de dialogue que je vois des perspectives. Ces dialogues n'ont pas attendu que je parle ce matin pour s'ouvrir. Je sillonne suffisamment ma région pour voir que soit de façon très globale, soit de façon fragmentaire, il y a des dialogues très intéressants, très anciens qui se nouent ou qui se sont déjà noués. La place où je suis me fait porter une ambition très globale. Je parlais tout à l'heure de 13000 personnes, mais dans le secteur médico-social ou social, les besoins en santé mentale concernent aussi des dizaines de milliers de personnes. C'est plutôt, à ce titre, d'ambition quasiment nationale que je parle. Sachant que cette ambition nationale ne peut réussir que si elle est portée par la réussite de milliers d'ambitions locales qui réussissent leurs dialogues, qui le font savoir et qui le portent.

## Luc Hossepied

*Quelqu'un dans la salle appartenant au monde du « sanitaire et social » peut-il répondre à l'interpellation du Dr Kannas ? A propos de l'idée qu'il faut être au moins deux.*

## Jean-Claude Westermann

Je vais tenter de répondre. Je risque d'anticiper sur des choses qui viennent. On sait tous aujourd'hui qu'en matière d'organisation il y a un peu des difficultés et avec les réformes à venir des Agences régionales de santé (ARS) (je le dis à haute voix), on se demande à quel point il peut y avoir eu des jonctions sanitaires et sociales. C'est une interrogation, ce n'est pas un procès en sorcellerie! Toujours est-il qu'aujourd'hui il existe au niveau médico-social, le PProgramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), qui bénéficie de l'adjonction de moyens importants dans

chaque région. Des places pour accueillir les personnes en souffrance psychique peuvent être créées dans le cadre de ce programme. Les frontières de compétence État/collectivités ne facilitent pas toujours, c'est vrai, la création de structures d'accueil. Quelle que soit la bonne volonté, dans nos régions du Nord et de l'Ouest de la France, les collectivités territoriales sont plutôt collaborantes, et ça se passe plutôt mieux qu'ailleurs. Malgré tout, ça n'est pas simple, ne serait-ce qu'à cause du nombre de partenaires. Plus on avance en maillage large en partenariat et plus il y a de partenaires à contacter et plus il est difficile de trouver un accord qui satisfasse toutes les parties en présence, puisqu'avec les transferts de compétences qui créent un malaise au niveau des collectivités territoriales, considérant qu'on leur a transféré les compétences et pas toutes les ressources qui vont avec, elles se disent « on ne va pas me refaire le même coup en faisant des économies sur le secteur sanitaire, les établissements de santé mentale, pour que moi, sur le budget de l'aide sociale départementale, je sois obligé de prendre en charge des gens qui relèvent du sanitaire, etc.. ». Ce jeu de ping-pong, on essaie de ne pas le jouer et je rends hommage aux techniciens et aux élus qui ne le jouent pas trop mais il reste quand même en bruit de fond.

*Témoignage d'utilisateur (vidéo suite et fin)*

## Luc Hossepied

*M. Ethuin, on a eu la joie de réaliser le reportage ensemble. Evidemment, tout n'a pas été dit. J'ai ramassé en une phrase la partie de cache-cache entre le curateur, le marchand de sommeil, etc. Pouvez en dire un peu plus ? Je pense à l'anecdote alors que vous êtes en CHRS: à un moment donné, vous avez une chambre individuelle, un peu en dehors des locaux du CHRS...*

## Claude Ethuin

Dans la vie, il faut tenir bon. À 24 ans, j'étais propriétaire, à 50 ans, je deviens un SDF. On peut facilement se suicider avec un tel parcours de vie. Mais si dans la vie, on rencontre des gens qui nous aident, ce qui a été mon cas, je n'ai pas été seul et je remercie les personnes qui m'ont accompagné, parce que l'accompagnement est indispensable à ce moment-là.

## Luc Hossepied

*Un curateur, dites-vous: « c'est bien, mais il peut infantiliser » ?*

## Claude Ethuin

Le curateur, c'est lui qui tient votre porte-monnaie. Dans ma situation, ce n'était pas tellement intéressant. Je n'aimerais pas trop développer l'idée du pourquoi j'avais été placé sous un régime de protection. Mais c'est parfois nécessaire. Ça protège les personnes et pourquoi pas ?

### Luc Hossepied

*Vous gagnez un peu d'argent à droite à gauche, mais vous lui cachez. Vous vous constituez une cagnotte...*

### Claude Ethuin

Oui, j'ai dupé mon curateur. Je n'ai pas peur de le dire. Si je n'avais pas fait ça, je n'aurais pas pu me mettre un petit magot de côté... On n'est pas aidé dans ses démarches plus que ça. Etant donné qu'après, il faut avoir des objectifs à l'extérieur et retrouver sa place, forcément dans la vie courante, l'accès au logement n'est pas facile, on n'a pas de crédibilité. Le fait de bénéficier, comme moi, d'une pension d'invalidité, on s'expose à une faiblesse naturelle. Il y a ce manque d'accompagnement. Il faut une personne qui se porte garant pour vous et à ce moment-là, c'est plus facile. Etant donné que j'ai prouvé que j'étais sérieux, ça a permis, de fil en aiguille, d'accepter une condition extrêmement modeste d'abord (une chambre de bonne avec un inconfort total), mais quand même j'ai toujours privilégié ma liberté.

### Luc Hossepied

*Le bailleur social qui loue cet appartement, avez-vous eu besoin de le convaincre ou bien vous a-t-il proposé un appartement, sans aucune difficulté, à la simple vue de vos revenus ?*

### Claude Ethuin

Du moment que vous payez...! À un moment donné, mon curateur a oublié de payer mon logement et le bailleur est venu me voir en me disant: « écoutez monsieur, vous n'avez pas payé votre logement ». Je dis « je m'excuse. Je ne suis pas responsable de mes deniers. Il faut voir mon curateur ». On est obligé de passer par lui, c'est compliqué mais au moins je n'étais pas à la rue. Ça m'a permis de relever la tête et aller de l'avant.

### Luc Hossepied

*Il faut une sacrée énergie.*

### Claude Ethuin

Il faut beaucoup d'énergie, beaucoup de patience. Il ne faut pas abandonner. J'utilise toujours le mot espoir, parce que c'est l'espoir qui fait vivre. Cette volonté de s'en sortir parce que s'apitoyer sur soi-même ce n'est pas intéressant et d'avoir séjourné, comme ça, aussi longtemps à l'hôpital... je n'allais quand même pas y retourner!

### Luc Hossepied

*Vous vous êtes retrouvé dans le film ?*

### Claude Ethuin

Bien sûr. Ce qui est intéressant pour moi aujourd'hui, c'est d'avoir une vie satisfaisante, et surtout d'avoir autour de moi de réels amis.

### Luc Hossepied

*Merci beaucoup. On peut encore vous applaudir pour ce témoignage.*

## TABLE RONDE

# L'accompagnement vers le logement, points de vue de professionnels

### Luc Hossepied

*Dr Laure Sauvage et Catherine Obry, je vous invite à nous rejoindre.*

*Dr Sauvage, vous êtes responsable de l'Unité d'Accueil et d'Orientation à Amiens ; Mme Obry vous êtes référente de l'équipe mobile hospitalière précarité à Amiens, cadre de santé. Depuis combien de temps vous rencontrez-vous ?*

### Catherine OBRY

L'équipe fonctionne depuis avril 2006.

### Luc Hossepied

*Et il n'y avait aucune raison que vous vous connaissiez...*

### Catherine OBRY

On se connaissait pour travailler dans le même établissement.

### Luc Hossepied

*Avant la création de l'équipe mobile, aviez-vous des relations professionnelles ? Comment cela se passait-il en termes de hiérarchie, d'objectifs communs ?*

### Catherine OBRY

On se connaissait comme toute personne qui travaille au sein d'un même établissement sans forcément se rencontrer du fait que l'on ne travaillait pas dans le même secteur d'hospitalisation.

### Luc Hossepied

*Racontez-nous la configuration de l'équipe mobile à ce jour ?*

### Dr Laure Sauvage

L'équipe mobile a été créée en avril 2006, après un an de travail souterrain. Je ne suis arrivée, en tant que praticien hospitalier psychiatre, qu'en 2005 et j'ai intégré l'équipe mobile, lors de la phase de la préparation souterraine. Actuellement, l'équipe fonctionne selon un montage un peu particulier : je suis psychiatrie à l'unité d'accueil et d'orientation, qui correspond aux urgences de l'hôpital Philippe Pinel, les urgences psychiatriques. Dès le départ de cette équipe, j'ai d'abord consacré 20% de mon temps plein aux urgences psychiatriques pour la création de l'unité mobile. Actuellement, ce temps est passé à un mi-temps que j'essaie de donner toujours un petit peu mais sans y arriver vraiment. En dehors de

ce temps médical, il y a un cadre infirmier, Mme Obry, qui était là dès le début du projet. Ce temps s'est complété d'un infirmier supplémentaire en décembre 2006. Initialement, il y avait également un mi-temps d'assistante sociale qui est toujours d'actualité et un temps psychologue (mi-temps au départ qui s'est complété par un temps plein dans le courant de l'année 2006), non budgété par l'hôpital Philippe Pinel mais par l'UDOS (association qui coordonne l'hébergement d'urgence, ndlr), un des partenaires avec lequel nous avons construit l'unité mobile.

### Luc Hossepied

*L'UDOS, c'est le côté sanitaire et social. Pourquoi est-ce difficile de discuter avec des gens du sanitaire et social ?*

### Catherine OBRY

C'est compliqué dans le sens où nous n'avons pas du tout la même façon de travailler. Dans notre éducation de soin, on a une façon bien particulière de travailler et je pense que dans le domaine social, ils ont également...

### Luc Hossepied

*J'imagine que les mots n'ont pas toujours le même sens pour les uns ou les autres...*

### Catherine OBRY

Les mots n'ont pas le même sens. L'optique initiale n'est pas forcément la même, ce qui peut créer des divergences d'opinion sur la prise en charge individuelle et globale en général des patients ou des usagers. Le mot en lui-même, pour nous c'est un patient, pour les structures sociales, il s'agit d'un usager. Ne serait-ce que ça, ce sont des choses avec lesquelles il faut travailler.

### Luc Hossepied

*Imaginait-on, auparavant, qu'un patient quittant l'hôpital était guéri ? Cette collaboration vous a-t-elle ouvert les yeux sur « l'après hôpital » ?*

### Catherine OBRY

Il n'y a jamais eu l'hôpital et puis après rien.

### Luc Hossepied

*J'espère, mais peut-être que ce n'était plus votre histoire...*

### Catherine OBRY

Je ne dirais pas ça comme ça. Quand le patient sort, il y a quand même des assistantes sociales à l'hôpital, donc on est quand même habitué à travailler en lien avec le service social, même si c'est plutôt en effet les assistantes sociales de l'hôpital qui faisaient l'interface avec les travailleurs sociaux de l'extérieur.

### Luc Hossepied

*Aujourd'hui, qu'est-ce qui a changé ?*

### Dr Laure Sauvage

Beaucoup de choses. On s'est rendu compte que c'est aussi compliqué de travailler aussi bien avec le secteur de soin qu'avec le secteur social. Nous qui sommes maintenant un peu à l'interface de ces deux réseaux - qui devraient être un seul réseau d'ailleurs - ça nous « oblige », dans une optique de meilleure qualité de prise en charge des usagers et des patients, de travailler ensemble, ne serait-ce que ça.

### Luc Hossepied

*Mme Obry, c'est beaucoup de réunions, de rencontres, j'imagine... Vous travaillez avec d'autres professionnels pour qui les mots n'ont pas systématiquement le même sens. Vous découvrez aussi, j'imagine, que chacun travaille le mieux possible mais peut-être pas toujours sur une même réalité. Qu'est-ce que ça a changé ? Qu'est-ce qui va mieux ?*

### Catherine OBRY

Beaucoup de choses ont changé depuis que l'équipe mobile fonctionne. Il y a eu beaucoup de temps, de réunions parce qu'il y a bien fallu préparer. On a démarré sans avoir complètement terminé notre réseau de partenaires, mais il fallait bien démarrer, se lancer. Il y avait beaucoup d'attente des acteurs sanitaires et sociaux du terrain en ce qui concerne la psychiatrie. Ça a beaucoup évolué depuis un an et demi parce que, déjà, on a appris à se connaître. Parfois, si on a des divergences de langage, c'est aussi parce que l'on méconnaît les fonctionnements des uns et des autres et que le fait de travailler ensemble, ça m'a permis de mieux appréhender le fonctionnement des structures sociales et éducatives avec lesquelles on travaille maintenant. De leur côté aussi, ils ont appris à mieux connaître le fonctionnement de la psychiatrie et ce que l'on pouvait ou pas apporter en termes de réponses à leurs besoins.

Vous parlez des personnes qui ont été hospitalisées, qui sortent vers le tissu social : mais il y a aussi l'autre versant. On travaille sur les deux choses. La partie la plus importante du travail de l'équipe mobile actuellement, c'est de pouvoir faire accéder aux soins les personnes qui ont des troubles mentaux et qui sont, pour l'instant, pris uniquement en charge par les services d'accueil d'urgence en particulier par notre partenaire, l'UDOS.

### Luc Hossepied

*Il y a des gens de l'UDOS dans la salle ?*

### Catherine OBRY

Oui.

### Luc Hossepied

*Peuvent-ils témoigner ?*

### Catherine OBRY

J'ai plusieurs collègues.

### Luc Hossepied

*Toutes ces réflexions, « ils bossent bien », « on bosse mieux », etc., en quoi est-il difficile de se comprendre, de travailler ensemble, avec votre casquette UDOS ?*

### Une intervention

Je suis infirmière au service social. Il y a des points positifs : une collaboration un peu plus positive ; on se comprend mieux. Faisant partie du paramédical, je peux comprendre un peu plus facilement certaines personnes qui se retrouvent à la rue et rencontrent des difficultés à trouver un logement parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques. La collaboration avec Mme Obry et l'infirmier de l'équipe mobile, notamment, nous permet de comprendre pourquoi telle personne ne sera pas prise en charge par l'hôpital Philippe Pinel, que son état ne nécessite pas d'hospitalisation. Nous tâchons donc de suivre cette personne pour les soins et de lui procurer un hébergement.

### Luc Hossepied

*Y a-t-il moins d'urgence ?*

### L'infirmière du service social d'UDOS

Non, il y en a toujours.

### Luc Hossepied

*En permanence ?*

### L'infirmière du service social d'UDOS

Oui.

### Luc Hossepied

*Vous la gérez mieux ?*

### L'infirmière du service social d'UDOS

Il y a une continuité dans les soins, dans le suivi des soins. Par exemple, une personne qui erre dans les rues, on essaie de lui donner un foyer, de l'héberger chaque soir et de lui faire suivre son traitement. Ce n'est pas l'idéal non plus.

### Luc Hossepied

*Continuité de soins, ça signifie « prise de médicaments », « suivi psychiatrique » ? S'interroger pour savoir si le patient est allé à son rendez-vous ?*

### L'infirmière du service social d'UDOS

Voilà. Une surveillance par rapport à la prise du traitement, par rapport aux visites en centre médico-psychologique (CMP) ou des injections retard qui sont obligatoires. C'est une surveillance globale. Mais il n'y a rien d'idéal. On essaie de maintenir ça, mais ce n'est pas évident, mais avec l'équipe on travaille bien. C'est mon avis.

## Luc Hossepied

**Comment travaillez-vous ensemble ?**

### Catherine OBRY

On essaie, on ne va pas être prétentieux mais on fait aussi avec le peu de moyens dont on dispose. On a vraiment privilégié le partenariat avec l'UDOS parce que l'on a restreint notre champ d'activité sur l'accueil d'urgence sociale parce que nous n'avons pas les moyens d'étendre notre champ d'action sur les CHRS et l'ensemble des endroits où l'on peut trouver des publics en situation de précarité. On travaille au jour le jour. Il y a des choses qui vont changer. Ce qui est important maintenant, c'est le travail en partenariat qui est réalisé autour de la prise en charge d'une personne. Notre premier travail est d'évaluer les besoins de soin et de faire les orientations. Il est difficile de faire accéder aux soins sans qu'en parallèle, il y ait des actions prises en charge par les travailleurs sociaux autour du logement ou des choses comme ça.

## Luc Hossepied

**Quel est votre travail quotidien ? Animer le réseau ? Etre au téléphone pour chaque fois débrouiller des situations catastrophiques ?**

### Catherine OBRY

C'est très varié. On travaille beaucoup par téléphone, mais on est essentiellement sur le terrain dans les foyers d'hébergement, les lieux d'accueil de jour, dans la rue aussi.

## Luc Hossepied

**Cette connaissance du terrain, vous ne l'aviez pas auparavant ?**

### Catherine OBRY

Pas du tout. On en entendait parler mais tant que l'on n'est pas allé sur le terrain on a du mal à prendre conscience de ce qui s'y passe vraiment.

## Luc Hossepied

**Qu'est-ce que ça change ?**

### Catherine OBRY

Ça change beaucoup de choses. On comprend mieux les difficultés des professionnels avec lesquels on travaille. Déjà, il y a beaucoup plus d'échanges. Il faut sortir des murs de l'hôpital. Maintenant, on participe en tant qu'équipe mobile à certaines réunions où sont présentes les personnes qui travaillent dans les foyers d'hébergement. On a quand même un échange qui n'existait pas.

## Luc Hossepied

**Une confiance réciproque s'est établie ?**

### Catherine OBRY

J'espère que oui. On s'interpelle maintenant de façon plus régulière quand on en a besoin. On est assez

connu dans le dispositif. Dès qu'il y a un problème qui relève de nos compétences, on est interpellé très rapidement, et on essaie dans la mesure de nos possibilités d'y répondre aussi rapidement que possible.

## Luc Hossepied

**Avez-vous moyen de suivre des formations communes ? Y a-t-il des salles disponibles ? Des formateurs ? Bref, des moyens...**

### Catherine OBRY

On a organisé quelques formations au sein des structures mais à petites doses parce qu'on manque de temps, de personnel. On a aussi une mission de formation auprès des personnels. Ça se fait au compte gouttes en fonction des besoins qui s'expriment.

## Luc Hossepied

**J'entends que les moyens sont sans doute insuffisants. Mais je comprends aussi que se connaître et se reconnaître dans des compétences partagées, se rencontrer, sortir de l'hôpital pour aller sur le terrain, c'est important. Les membres de l'UDOS rentrent-ils à l'hôpital pour comprendre comment ça marche ?**

### Catherine OBRY

Oui, l'UDOS rentre parfois à l'hôpital maintenant. On a aussi tout un rôle d'interface entre l'extérieur et l'intérieur de l'hôpital. Il arrive que l'on soit amené à hospitaliser des gens qui sont en CHRS, ou en structure d'hébergement d'urgence. On maintient ce lien avec les éducateurs et les assistantes sociales qui le prenaient en charge. Il arrive aussi que l'on fasse des visites communes dans un service de l'hôpital pour aller voir ensemble la personne que l'on a fait hospitaliser, pour ne pas perdre le contact et préparer la sortie dans les meilleures conditions possibles.

## Luc Hossepied

**Dans son témoignage filmé, Claude Ethuin dit « je suis sorti de l'hôpital avec un sac. Et je ne savais ni quoi, ni que faire », cela vous a-t-il surpris ?**

### Catherine OBRY

Pas du tout, c'est notre quotidien.

## Luc Hossepied

**Encore aujourd'hui ?**

### Catherine OBRY

Oui. C'est extrêmement compliqué. En termes d'hébergement pour les gens qui sortent de l'hôpital, mais il y aura d'autres personnes cet après-midi pour en parler. Quand on a une étiquette psy, ce n'est pas facile de trouver un logement, que les ressources ne sont pas forcément évidentes. Les travailleurs sociaux sont mieux armés que moi pour répondre à ce genre de questions.

## Luc Hossepied

*J'invite Olivier Ordrenou ainsi que le Dr Alain Gouiffès.*

*Dr Gouiffès vous êtes psychiatre, coordinateur du Réseau régional d'action psychiatrique précarité, le RRAPP Haute-Normandie.*

*M. Olivier Ordrenou, vous vous occupez du Carrefour des solidarités à Rouen.*

*Dr Gouiffès, qu'est-ce que c'est que ce RRAPP ?*

## Dr Alain Gouiffès

Avant de répondre à votre question, j'aurais souhaité faire trois remarques rapides qui ne sont pas sans lien avec notre sujet.

Mais d'abord, je voudrais saluer ici Nathalie Viard, qui est maintenant directrice adjointe de la DRASS de Picardie. Elle était, il y a encore quelques mois, inspectrice à la DRASS de Haute-Normandie chargée de la psychiatrie-santé mentale. C'est aussi grâce à son concours que nous avons pu développer le RAPP et l'**UMAPP** (Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées).

- Il faut en effet une convergence de préoccupations professionnelles entre des acteurs locaux, départementaux, régionaux et encore mieux nationaux, pour que des expériences locales puissent vivre et se développer.
- Il faut accepter le principe de l'évaluation des dispositifs avec des outils adaptés, pertinents.
- Enfin, malgré toutes les difficultés que nous rencontrons les uns et les autres, il ne faut pas oublier que la France est le premier pays – peut-être le deuxième - au monde, en terme de nombre de psychiatres par habitant. Il existe des écarts dans les services publics de 1 à 10 selon les hôpitaux et les territoires. Pour le privé, les écarts oscillent de 1 à 30! Cette inégalité, parfaitement anormale, apparaît maintenant sur le devant de la scène politique nationale. Il ne faut pas se satisfaire de ces inégalités qui mettent à mal l'accès aux soins de personnes précaires, et non précaires aussi d'ailleurs.

Donc, nous avons mis en place, il y a une douzaine d'années à Rouen, une petite équipe médico-psycho-infirmière dans un lieu social du centre-ville, le Carrefour des Solidarités, au sein de laquelle nous travaillons avec Olivier Ordrenou et son équipe. Nous avons, aujourd'hui, le projet d'étendre ce dispositif qui a fait ses preuves aux 4 territoires de santé de Haute-Normandie.

On a pu en effet constater l'existence d'un grand malentendu entre les professionnels de santé, de la psychiatrie notamment, et les travailleurs sociaux. Ces derniers se plaignaient de l'inaccessibilité des acteurs de la psychiatrie. On entendait souvent dire « on n'arrive pas à les joindre, ils ne répondent pas » Et ces critiques, parfois justifiées malgré la bonne volonté

des uns et des autres, nécessitaient de trouver des réponses adaptées. D'où la naissance de l'UMAPP, équipe intersectorielle, fédérative et transversale sur l'ensemble de l'hôpital.

## Luc Hossepied

*Présentez-nous le Carrefour des Solidarités avec votre regard de psy ?*

## Dr Alain Gouiffès

Le **Carrefour des Solidarités** est le lieu de l'urgence sociale à Rouen, en plein centre-ville, ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi. Le choix de l'équipe psychiatrique santé publique a été de s'installer dans ce lieu-là et de travailler avec les gens du social. Très concrètement, cela signifie que dès qu'un professionnel du social élabore un pré-diagnostic psy du type: « *cette personne ne va pas bien, elle pète les plombs...* », il l'oriente vers l'équipe psy et la personne obtient un rendez-vous dans la journée. Il faut un temps de réactivité très court. La personne rencontre le plus souvent un infirmier. Nous sommes une petite équipe, on fait donc avec les moyens du bord. L'avantage de ce dispositif, c'est que l'équipe est basée dans les locaux du Carrefour des Solidarités et qu'elle est mobile sur toute l'agglomération.

## Luc Hossepied

*Pouvez-vous nous dessiner les contours de l'agglomération de Rouen?*

## Dr Alain Gouiffès

Il s'agit d'une agglomération de 450 000 habitants. Sur ce territoire, comme dans toutes les grandes métropoles, on retrouve les personnes en grande précarité dans les CHRS, les restaurants sociaux, etc., mais également dans des lieux comme les squats ou les aires des gens du voyage. Dans tous ces lieux, il peut y avoir des débordements, des crises... Les professionnels du social confrontés à ces situations se demandent parfois si l'état de la personne, ou des personnes, impliquée(s) ne relèverait pas du ressort de la psychiatrie. Notre équipe est alors chargée d'évaluer la situation :

- s'agit-il de désordres psychopathologiques traduisant les mille et une formes cliniques de ce que l'on appelle la « souffrance psychosociale » ? C'est le cas le plus fréquemment rencontré
- ou bien s'agit-il de pathologies psychotiques décompensées, par exemple, qui requièrent une réponse d'ordre psychiatrique urgente et adaptée, en lien avec les secteurs.

Nous ne faisons pas de « précarologie ». C'est de la santé publique psychiatrique, avec le souci de ramener les personnes dans le dispositif commun de soins public et privé.

## Luc Hossepied

*Olivier Ordrenou, dessinez-nous cette maison. Est-elle sur un étage, deux étages, en rez-de-*



*chaussée ? Qui pousse la porte ? Faut-il avoir un laissez passer de la part de l'hôpital pour y entrer ? Est-ce que le 24h chrono annoncé pour la prise de rendez-vous est respecté ?*

### Olivier Ordrenou

Concrètement, il s'agit d'un ancien magasin, sur trois niveaux. Il y a un certain nombre de bureaux à tous les étages. La porte est ouverte. C'est sur le principe de la libre adhésion. Accueil par un travailleur social qui écoute la demande dans le cadre d'un entretien individualisé systématique. Les personnes viennent quand elles le souhaitent, autant de fois qu'elles le souhaitent. Après cet entretien auprès du travailleur social, s'il y a un constat partagé entre la personne et le travailleur social sur une difficulté, on ne va pas aller beaucoup plus loin pour savoir la nature exacte des difficultés: souffrance psy, troubles... A partir de là, on peut convenir d'une rencontre avec un infirmier de l'UMAPP qui se trouve à l'étage en dessous. Après un premier entretien infirmier, il y aura la présentation de la structure pour laisser encore la possibilité aux personnes d'y accéder ou pas.

### Luc Hossepied

*Vous évoquez ici la liberté du patient. Comment l'appellez-vous entre vous ? « usager » ? « patient » ? « malade » ?*

### Olivier Ordrenou

Une personne. C'est ce que je préfère. Quand on est centré autour de la personne, il n'y a plus nécessité de poser des mots pour la qualifier. C'est une personne qui se trouve dans une certaine situation, qui vit certains événements et à partir de laquelle on va se positionner, tenter de l'informer, lui expliquer, l'orienter, etc.

### Luc Hossepied

*Quand rencontrez-vous le Dr Gouiffès et les autres professionnels de l'hôpital ?*

### Olivier Ordrenou

C'est une vieille histoire qui date de 1995... Sur l'agglomération rouennaise, il existait de services d'orientation en matière d'hébergement d'urgence, un dispositif qui peinait un peu... Il s'agissait de personnels détachés des centres d'hébergements, de CHRS de l'agglomération, qui avaient organisé une permanence pour recevoir les publics en difficultés.

Initialement, leur objectif était de permettre aux personnes de la rue de trouver, rapidement, la bonne structure pour être hébergées. Sauf qu'ils se sont trouvés très vite confrontés à des difficultés qui dépassaient de loin le problème strict de l'hébergement d'urgence et cette structure, à plusieurs reprises, a eu du mal à traiter la demande globale de ces publics. L'idée du Carrefour des Solidarités est née de là: restructurer quelque chose à partir de ce service. Il existe toujours mais il a été intégré au Carrefour des Solidarités. L'idée était aussi d'amener à l'intérieur de ce guichet

d'autres acteurs médico-sociaux. C'est là que nous avons rencontré le Dr Alain Gouiffès, et un service de psychiatrie, en disant « on va travailler ensemble. On ne sait pas quoi faire, c'est une aventure, mais chiche ! On y va ! On s'organisera au fur et à mesure ». On est arrivés au-delà de certaines des expériences de partenariats que j'ai pu entendre, à savoir: comment s'articuler ? Comment on peut travailler sur les représentations des uns et des autres ? Etc.

### Luc Hossepied

*C'est du passé ça.*

### Olivier Ordrenou

Nous ne sommes pas partis par là. On a dit « on ne sait pas comment on va faire, mais on va bosser ensemble, dans la même maison, et on va recevoir les gens et on va voir ce que l'on peut faire, à qui on a affaire, et comment on va s'organiser, chacun, dans son positionnement ». Les travailleurs sociaux ne sont pas des psychiatres ni des infirmiers et réciproquement.

### Luc Hossepied

*Chacun est donc à sa place ?*

### Olivier Ordrenou

Pas besoin de travailler sur nos représentations, elles tombaient de fait, puisque nous étions « contraints » de trouver des solutions et de travailler ensemble et, au fur et à mesure, à la nécessité de s'organiser. Après le « comment on fait ? » et « qui fait quoi ? » ...

### Luc Hossepied

*N'y a-t-il pas de confusion entre le travail de « l'hospitalier » et celui du « travailleur social » ?*

### Olivier Ordrenou

Paradoxalement, avec le recul de l'expérience, nous avons adopté un discours commun à l'ensemble des acteurs, que ce soit personnel hospitalier ou travailleurs sociaux. Cette manière de travailler nous permet d'être encore plus à notre place que dans d'autres endroits où on est censés ne faire que du social ou que de la psychiatrie.

### Luc Hossepied

*C'est la magie des relations humaines...*

### Olivier Ordrenou

Ça n'a rien à voir. Par exemple, en hôpital psychiatrique, on sait très bien que certains infirmiers vont au-delà de leur mission, qu'ils sont un peu obligés de « faire du social », ils nous le disent et s'en excusent même parfois. Pareil pour les travailleurs sociaux, dans certains endroits, à défaut d'avoir des relais immédiats, ils sont obligés de s'aventurer sur un terrain qui dépasse leur stricte compétence. Pour ce qui nous concerne au carrefour des Solidarités, dès que l'on aborde un champ qui n'est pas le nôtre, on peut immédiatement en référer à la personne compétente. De ce fait, chacun est plus encore concentré sur son propre champ de compétences.

### Dr Alain Guiffès

Souvent, lorsque ces questions-là sont abordées, elles suscitent de faux débats autour de la psychiatrie, la santé mentale, la « sociatrie », le repli vers le noyau dur de la psychiatrie... En général, ce problème est mal posé, y compris dans les tribunes publiques, sur internet ou dans les journaux dits de référence. Nous faisons de la psychiatrie, pas de la santé mentale. On peut avoir un débat théorique là-dessus. On ne fait pas non plus de la « sociatrie » comme l'on dit parfois pour dévaloriser le travail que nous, et d'autres, entreprenons.

Au Carrefour des Solidarités, nous travaillons avec des personnes en situation de grande précarité qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins, et paradoxalement, nous ne faisons pas de social du tout. Au moindre problème social, nous adressons ces personnes aux collègues avec lesquels nous travaillons, **ensemble**. Le travail partenarial suppose cette proximité, cette confiance, le respect mutuel et la connaissance de ses propres limites. Avant de travailler à l'UMAPP, tout en faisant un travail de secteur extra hospitalier important, je méconnaissais l'urgence et l'importance de ces questions.

Lorsqu'on est « pris » dans une institution donnée, quelle qu'elle soit, qu'on y travaille depuis longtemps, on dit des choses avec la meilleure bonne conscience du monde, en croyant connaître les problématiques des autres secteurs de prise en charge de la précarité. C'est pour cela qu'il faut favoriser la mobilité professionnelle et la limitation dans le temps des mandats de responsabilité dans un même service.

Les problèmes « psy » le plus souvent rencontrés ne sont pas des maladies psychiatriques classiques. Ce sont des troubles psychopathologiques qui nécessitent d'abord l'accès à des soins, souvent un accompagnement original, la mise en place d'un étayage soignant psychothérapique bien davantage que la prescription médicamenteuse de l'avant-dernier antidépresseur ou antipsychotique.

### Luc Hossepied

**Reprenons le titre de la table ronde, « l'accompagnement vers le logement », à quel moment peut-on penser au logement ?**

### Olivier Ordrenou

Dans le cadre de notre activité de **Centre d'Accueil d'Urgence et d'Orientation**, et notamment dans le cadre de l'activité et de l'orientation en matière d'hébergement, le logement commence effectivement souvent par de l'hébergement dans des centres d'accueil d'urgence, des CHRS, et un ensemble de dispositifs qui est assez important sur l'agglomération rouennaise. L'association, par ailleurs, propose d'autres services : nous disposons également d'un CHRS pour familles et d'un centre d'accueil pour demandeurs d'asile. Dans ce cadre-là, on travaille plus autour de l'accès au logement des publics qui sont en sortie de ces dispositifs.

### Luc Hossepied

**Avez-vous des contacts avec des bailleurs ?**

### Olivier Ordrenou

Oui, tout à fait, dans le cadre de ces autres services. Tout à l'heure, j'entendais : le logement, c'est la base. C'est une préoccupation à considérer, même si elle n'est pas immédiatement applicable. Mais quand la personne l'évoque devant nous, c'est très important pour elle le fait d'exprimer ce besoin d'avoir un toit au-dessus de sa tête : « un toit, des murs, où je pourrais être contenu, gérer mon intimité, à partir duquel je vais me reconstruire ». Les gens qui viennent nous voir sont souvent en demande de logement, en même temps qu'un peu déphasés par rapport à une réalité économique. Ils n'ont pas forcément de ressources, la situation administrative adéquate, etc. Mais la demande de logement est recevable, même s'il n'est pas possible d'y répondre immédiatement pour un tas de raisons, parce qu'effectivement, il s'agit d'un parcours et d'une trajectoire avec un certain nombre de choses que chacun va découvrir dans le cadre de ce parcours. C'est très important de la considérer comme telle. C'est un objectif et un espoir. Je reprends le mot de Monsieur Ethuin.

### Luc Hossepied

**Dr Sauvage, cette expérience a 12 ans d'existence, la vôtre beaucoup moins. Avez-vous des questions à leur poser ?**

### Dr Laure Sauvage

Des questions ? Oui, je pense que ça serait l'idéal, malheureusement je n'ai pas la possibilité d'être sur le terrain, par manque de temps (très honnêtement). Ce qui suscite le questionnement, ce sont des choses dont nous sommes conscients même si notre structure est assez récente, de grandes difficultés de l'équipe en général et des travailleurs sociaux en particulier qui ont cette impression - qui, à mon avis, est légitime - de l'aspect parcellaire de la réponse que l'on apporte. En ce qui concerne l'équipe, qui est constituée essentiellement d'infirmiers d'après ce que vous dites, comment peut intervenir, trouver sa place, le psychiatre, dans ce réseau-là ?

### Dr Alain Guiffès

C'est très simple. L'UMAPP est une petite équipe : trois infirmiers à temps plein, un mi-temps de cadre, un temps plein de psychologue divisé en deux mi-temps et un mi-temps de psychiatre. Nous nous organisons. Chaque membre dispose d'une grande autonomie de travail. L'équipe est cohérente, solide. Ceci est nécessaire parce que la prise de risques peut être importante. Avec un infirmier qui fait un travail de première ligne, il est nécessaire que le psychiatre réagisse très vite en cas de problème aigu. C'est pour cela que j'ai accepté l'usage d'un téléphone portable - que je n'apprécie pas trop par ailleurs - mais c'était le prix à payer pour que le dispositif fonctionne.

Je suis dans la psychiatrie depuis longtemps, je connais les débats qui existent sur les stratégies du changement :

- d'un côté le respect des procédures classiques (de l'identification du problème à la mise en place de réponses en passant par la demande de moyens afférents),
- de l'autre initier ces changements avec les moyens du bord, et après évaluation, demander les moyens de les pérenniser.

Pour prendre un exemple: les demandes de création de lits temps plein. Parce qu'il y a des lits dans les couloirs, il faudrait créer des lits temps plein à l'hôpital. Avant de créer des lits temps plein il faut examiner l'organisation du système de soins en amont et en aval de l'hôpital.

Ainsi, dans quelle mesure des personnes qui sont hospitalisées depuis 10 ans, 20 ans, 35 ans doivent-elles rester encore à l'hôpital ? Si elles ont besoin de soins, bien sûr. Mais est-on en mesure de justifier, médicalement, un projet thérapeutique en rapport avec cette durée d'hospitalisation ?

C'est là qu'il faut une contractualisation claire et loyale entre tous les partenaires et une implication de l'échelon régional dans l'expérimentation de nouvelles formes de soins dans des lieux sociaux. Si les réponses alternatives à l'hospitalisation temps plein ou de jour ne conduisent inéluctablement qu'à la réduction des effectifs soignants, il y a grand risque à décourager les initiatives de changements.

### Luc Hossepied

*Claude Ethuin, pensez-vous, parfois, que vous êtes resté trop longtemps à l'hôpital ?*

### Claude Ethuin

C'est évident. Si on ne nous propose pas de solution, on va rester à l'hôpital. L'hôpital, ce n'est pas un hôtel, ce n'est pas un lieu de villégiature. Je vais laisser la parole à d'autres personnes parce que ma situation est réglée.

### Luc Hossepied

*Oui, mais faites nous partager votre expérience s'il vous plaît...*

### Claude Ethuin

Quand on est resté longtemps à l'hôpital on n'est plus vu comme un individu, on n'est plus qu'une maladie. Il ne faut pas ajouter un problème social comme celui du logement à la personne. C'est un droit commun d'avoir un logement. C'est comme avoir du travail, c'est un droit. Un problème de santé, ça se résout aussi. Les personnes diabétiques vivent avec leur diabète et travaillent quand même, sont logées quand même. Un problème de santé mentale se résout aussi.

### Luc Hossepied

*Donc, l'hôpital n'est pas un hôtel.*

### Claude Ethuin

Il ne faut pas y rester trop longtemps car on perd en autonomie quand on est hospitalisé et ça c'est important de l'expliquer au patient.

### Luc Hossepied

*Monsieur Lepers, pour vous, l'attribution d'un logement reste un objectif à moyen ou long terme ?*

### David Lepers

Mon expérience: j'ai été hospitalisé plusieurs fois. Il y a refus dans la crise aiguë. Les rechutes étaient fréquentes. En ce qui concerne le fait de chercher un logement, c'est très difficile du point de vue des ressources que j'ai actuellement.

### Luc Hossepied

*A quel moment vous a-t-on dit: « voulez-vous un logement Monsieur Lepers ? »*

### David Lepers

A la fin de l'hospitalisation, on parle de relogement.

### Luc Hossepied

*Parle-t-on d'un foyer, d'un CHRS, d'un appartement ?*

### David Lepers

Un appartement. Le nouveau système c'est un appartement associatif, c'est-à-dire vivre avec un autre locataire qui a lui-même des problèmes. Ça peut se passer bien comme ça peut se passer mal...

### Luc Hossepied

*Monsieur Ethuin: vous avez vécu cette situation et pour vous ça c'est très mal passé...*

### Claude Ethuin

Forcément! A l'hôpital déjà vous rencontrez des individus qui sont en crise. Moi qui suis devenu stable, donc je réside à l'hôpital tant que c'est mon domicile (d'ailleurs c'est marqué sur des documents qui m'appartiennent). J'habite à l'hôpital, à un moment donné dans ma vie, c'est mon logement. Ça ne paraît pas normal. Puis, on est confronté à l'extérieur et on vous met avec un individu qui ne vous convient pas, c'est remettre des sous dans la musique. Du coup, on préférerait retourner à l'hôpital... c'est un non-sens.

### Luc Hossepied

*Lorsque nous nous sommes rencontrés pour le film, vous m'avez précisé qu'il était alcoolique, violent... donc invivable en cohabitation...*

### Claude Ethuin

Je ne suis pas là pour... Dans l'objectif de la sortie de l'hôpital, il y a des projets qui se construisent, mais étant donné que je me situe dans un foyer d'hébergement avec des individus qui sont encore bien souvent malades, ça replonge dans une situation difficile.

### Luc Hossepied

**Merci beaucoup. Olivier Ordrenou, on a omis de préciser que la moyenne d'âge des gens que vous accompagnez est inférieure à 35 ans.**

### Olivier Ordrenou

Dans le cadre du service d'accueil et d'orientation, 40% ont moins de 25 ans et 68% environ de la totalité ont moins de 35 ans. Une moyenne d'âge assez jeune.

### Luc Hossepied

**Dr Jacques Debiève, vous êtes psychiatre à Diogène, un réseau mis en place dans la métropole lilloise en 1997. Aujourd'hui 17 structures sociales font partie de ce réseau aux côtés de trois hôpitaux: le CHR de Lille et deux EPSM.**

### Dr Jacques Debiève

Compte tenu du thème spécifique de cette session « l'accompagnement vers le logement », je vais parler non seulement de mon travail à **Diogène** mais aussi, puisque Diogène occupe un mi-temps, de l'autre moitié de mon activité que j'exerce au sein d'un secteur de psychiatrie générale. Ce secteur, le 59G21 de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole, dont s'occupe essentiellement Jean-Luc Roelandt, s'est quelque peu spécialisé dans la vision d'une prise en charge en psychiatrie communautaire où les problématiques en matière d'accompagnement pour le logement sont complètement différentes.

En ce qui concerne Diogène, structure tournée vers les gens qui sont en situation de grande précarité (public SDF au sens large), la question qui se pose le plus dans notre action est celle de l'accès à une prise en charge psychiatrique de personnes qui sont en situation d'exclusion; alors que dans mon travail au sein du secteur de psychiatrie générale, c'est plutôt: comment des personnes qui ont - ou qui ont eu - des troubles psychiatriques stabilisés, peuvent-elles continuer à bénéficier d'une prise en charge, y compris avec une insertion sociale qui devient quelquefois très difficile ? En effet, l'entrée à l'hôpital psychiatrique se traduit, pour certains, par une démultiplication de leurs difficultés. Ainsi, il peut arriver par exemple que la personne au moment de son hospitalisation se trouve dans une situation de crise dans son couple. Le mari ou l'épouse, peut alors dire: « *maintenant, tu es à l'hôpital, je ne veux plus de toi à la maison* ».

Certaines personnes peuvent aussi décompenser (psychiquement) parce que, sur le plan social, elles se mettent à décompenser et qu'elles perdent leur logement... et qu'elles se retrouvent à l'hôpital

psychiatrique. On voit donc des tas de gens qui, une fois leurs soins terminés pour les troubles qui sont les leurs, se trouvent dans une problématique qui pourrait se traduire ainsi: « *Monsieur, c'est parfait, votre état dépressif est réglé. Vous continuez à prendre votre antidépresseur six mois, douze mois, mais qu'est-ce qu'on va faire de vous puisqu'on ne sait pas où vous allez pouvoir aller... ?* ». Ce sont des situations très différentes qui aboutissent à la même problématique de l'insertion sociale, à commencer par celle de l'hébergement, après une hospitalisation en psychiatrie.

Mais revenons à Diogène et pour répondre à la question, il s'agit d'une structure mise en place sur la partie centrale de la métropole lilloise. Nous nous trouvons dans la même problématique que celle évoquée tout à l'heure par Alain Gouiffès: des difficultés de compréhension entre les réseaux sociaux, médico-sociaux et les réseaux psychiatriques.

Du point de vue de la psychiatrie, on va se demander pourquoi on n'arrive jamais à faire en sorte qu'une personne qui sort de l'hôpital soit acceptée dans un CHRS, on s'entend répondre qu'il n'y a plus de place disponible et, la semaine suivante, les personnes de ce même CHRS nous demandent de recevoir quelqu'un qui vient d'arriver chez eux!

A l'inverse dans les CHRS, des gens vont nous dire « *On reçoit en permanence des gens qui sortent de l'hôpital psychiatrique dont vous ne vous occupez pas. Quand on demande un rendez-vous, vous nous répondez: effectivement, il a bien été suivi ici mais maintenant il est en rupture de soins. Débrouillez-vous. Ce n'est plus notre problème* ». C'est à partir d'incompréhensions de ce type que l'on finit par se dire qu'il faut mettre quelque chose en place. D'un point de vue administratif, ça va plus vite dans la tête de ceux qui sont prêts à faire quelque chose que dans la réalisation concrète.

### Luc Hossepied

**Monsieur Westermann, le directeur de la DRASS du Nord-Pas de Calais, l'évoquait tout à l'heure.**

### Dr Jacques Debiève

Diogène se met en place à l'époque à Lille: Lille a la particularité d'être une petite ville dans une grande agglomération. La communauté urbaine de Lille compte plus d'1 million d'habitants répartis dans 85 communes. Lille, même, c'est 226 800 habitants.

A l'époque, les trois secteurs de psychiatrie générale de Lille Centre et les cinq secteurs de banlieue les plus proches dépendaient de cinq hôpitaux différents. Je vous laisse imaginer la difficulté pour construire quelque chose en commun dans un tel contexte!

Avec la nouvelle circulaire de 2006, nous allons pouvoir disposer de moyens complémentaires pour conforter notre action et avoir véritablement une équipe mobile. Non seulement dans le sens de se déplacer dans des structures, mais dans celui de se rendre directement

sur le terrain pour la gestion de situation en urgence. C'est très compliqué de pouvoir agréger des moyens différents sur un projet commun.

## Luc Hossepied

*Diogène, ça se passe où ?*

### Jacques Debiève

Diogène, c'est une interface. Ce n'est pas un lieu à proprement parlé - même si nous avons bien sûr un lieu de travail qui est somme toute peu utilisé - puisque notre mission c'est de faire de l'interface entre le social et le médico social, et le médical et la psychiatrie en particulier.

## Luc Hossepied

*Ce sont des rencontres, des formations, des évaluations, des diagnostics ?*

### Jacques Debiève

Oui, c'est le fait que l'on est une équipe essentiellement composée de 8 infirmiers à mi-temps et d'un psychiatre à mi-temps (et encore qui ne fait pas tout à fait un mi-temps.)

Nous avons des moyens et l'on peut penser qu'au début de l'année prochaine, nous bénéficierons d'un autre mi-temps et, qu'avec ce temps plein de psychiatrie, nous serons véritablement en mesure de nous déplacer pour des interventions directes. Ce que l'on fait actuellement avec les temps qui sont les nôtres, c'est plus de la régulation, du suivi... C'est pour cela que je parle d'interface. L'idée était de favoriser le fait que les personnes en situation d'exclusion puissent être prises en charge par une équipe donnée. On ne voulait pas créer un nouveau secteur d'exclusion qui aurait été un secteur spécialisé pour les gens qui sont exclus partout ailleurs et que l'on « récupérerait » dans un coin qui serait lui-même un lieu d'exclusion. L'idée était qu'ils puissent être pris en charge par les équipes existantes, avec des gens qui travaillent à mi-temps sur leur secteur d'affectation et à mi-temps avec des gens qui se retrouvent « hors secteur » ou qui sont en situation de précarité.

La psychiatrie publique française est organisée autour de la notion de secteurs. Cette notion, mise en place intellectuellement dans les années 60 (circulaire Boulin) et dans les années 70 (début de la mise en place des sectorisations dans le Nord, en 1972), vise à faire en sorte que pour une zone d'environ 70 000 habitants, une même équipe s'occupe de la prise en charge des personnes aussi bien à l'hôpital (ce qui était le cas auparavant) que dans tout le champ ambulatoire : prises en charge à temps partiel en hôpital de jour, en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), en hôpital de nuit... ou toute autre structure. C'est un schéma qui tient bien dans des secteurs ruraux comme le Limousin avec une sous-préfecture, des chefs lieux de cantons, des petites villes autour, un hôpital central... Mais dans les grandes métropoles, que ce soit à Rouen, Amiens, Lille ou Paris, les gens

n'ont aucune idée de ce que sont les secteurs. Quant à quelqu'un qui va simplement demander de quel secteur il dépend et où il faut qu'il s'adresse, il s'entendra répondre : « Monsieur vous habitez où ? ». « L'avenue de Dunkerque ? ». « Numéro pair ?... Et bien c'est le secteur de Lomme, numéro impair là, c'est le secteur de Lille Sud... ».

Alors, comment voulez-vous que les gens à la rue s'y retrouvent ! Avec nos collègues, tous tels que nous sommes, nous allons privilégier les moyens qui sont les nôtres et qui nous sont alloués habituellement en fonction des populations que l'on a à prendre en charge. Pendant longtemps, en tant que chef de service, mon budget était 1,32 ETP (équivalent temps plein) de soignants par 1 000 habitants. Il est bien évident qu'à ce niveau-là, on préfère s'occuper des habitants qui vont nécessiter la prise en charge dans les 1,32 ETP / 1 000 habitants que de prendre des gens qui ne sont pas comptés là-dedans parce qu'ils sont SDF et qu'on ne dispose pas de moyens pour eux.

## Luc Hossepied

*Dr Gouiffès ou M. Ordrenou, Dr Debiève : vos budgets sont-ils assurés dans la durée ? Sont-ils reconduits tous les ans avec une augmentation indexée ?*

### Dr Jacques Debiève

Ça dépend. Les budgets des secteurs sont relativement fixés maintenant. Avec l'intérêt de pouvoir opérer un basculement entre l'hospitalier et l'extra hospitalier. Il est bien évident que les gens qui vont pouvoir faire le plus d'extra hospitalier, c'est parce qu'ils ont pu limiter, d'une façon ou d'une autre, la part d'hospitalisation temps plein et ainsi récupérer des moyens. Pour les secteurs de psychiatrie, les moyens sont essentiellement des moyens humains.

On n'a pas besoin de scanner, mais d'un infirmier qui soit là ou éventuellement un aide-soignant, un psychiatre... n'importe qui, mais du personnel, pour plus de 80% des charges. Le personnel, si on veut l'utiliser quelque part, il faut bien le prendre ailleurs. C'est pour cela que je voudrais faire une remarque par rapport à ce qu'a dit Alain Gouiffès tout à l'heure sur les fonctionnements d'équipe. Quand on a créé Diogène, et cela est valable aussi pour le secteur G21, on s'est dit que le travail social, c'est le boulot du social et des circonscriptions d'actions sociales et que notre boulot à nous c'est de faire de la médecine et de la médecine spécialisée (puisque la psychiatrie est une des branches spécialisées de la médecine). Que ce soit à Diogène ou sur le secteur G 21, on fonctionne avec zéro travailleur social. Les travailleurs sociaux existent dans la cité. S'ils ont un problème, ils viennent nous rencontrer. Si on a des problèmes de réinsertion, on va les rencontrer. On a mis en place des lieux de consultations. Il y a des permanences sociales qui sont organisées en centres médico-psychologiques, il y a des consultations infirmières

ou de médecins organisées en unités territoriales de prévention et d'action sociale (UTPAS) pour que l'on puisse se rencontrer le mieux possible et avoir des possibilités de collaboration les uns avec les autres. Mais l'idée de base reste que le social doit être fait par des gens compétents dans le social et que les prises en charge médicales et psychiatriques doivent être réalisées par des gens compétents en psychiatrie mais pas de mélanger en permanence, comme ça a été le cas pendant longtemps.

Au départ, il y a eu beaucoup d'incompréhension sur ce que nous faisons les uns et les autres, notamment dans les projections que l'on avait les uns des autres, de ce que les secteurs social et médico-social pouvaient faire dans la partie médicale et psychiatrique et inversement. Mais déjà le fait de se rencontrer et de se rendre compte qu'on a chacun nos propres limites dans les interventions, c'est important. Parfois, on se trouve face à de telles situations qu'il vaut mieux y réfléchir ensemble, plutôt que de se débarrasser du problème en pensant que l'autre partenaire aura, lui, la capacité de le résoudre. Quitte à conclure que, même en étant de bonne volonté l'un et l'autre, on n'a malgré tout pas de solution idéale à proposer, qu'il faudra bien qu'on continue à se débrouiller de façon pragmatique les uns et les autres pour gérer la situation du mieux possible. Ça me semble quelque chose d'intéressant.

### Luc Hossepied

*M. Ordrenou, la question des moyens est essentielle; il faut payer un loyer, des charges... et le personnel ? Êtes-vous rassurés au Carrefour des Solidarités à Rouen ?*

### Olivier Ordrenou

Dans le champ de l'urgence, il reste encore une certaine précarité des moyens, les choses s'améliorent, mais en même temps qu'elles s'améliorent, par petits bouts, elles se complexifient. C'est cela la caractéristique des moyens du social, pour monter un budget, ce sont des tas de petits bouts qui doivent s'assembler, et puis voilà. C'est cela qui rend les choses compliquées. On a les moyens de payer le loyer à échéance et de pouvoir fonctionner quelques années.

### Luc Hossepied

*Ça vous l'avez ?*

### Olivier Ordrenou

Bien sûr.

### Luc Hossepied

*L'avenir est écrit. Il n'y a donc pas de précarité.*

*J'invite Jean-Yves Bourel, de la Fnars (Fédération Nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale), pour le dernier témoignage de cette session.*

### Jean-Yves Bourel

En plus de mes fonctions à la Fnars, je suis chef de service dans un centre d'hébergement de Roubaix, l'Agora, spécialisé dans l'accueil des personnes souffrants de handicap psychique. Majoritairement, on accompagne des personnes sortant des hôpitaux psychiatriques de la métropole lilloise.

### Luc Hossepied

*40 places dans un même lieu.*

### Jean-Yves Bourel

On est habilité pour 40 personnes. Il y a 14 places sur un même lieu dans un habitat regroupé et 27 en habitat disséminé sur les villes de Roubaix, Tourcoing et toute la vallée de la Lys.

### Luc Hossepied

*Dans ces habitats disséminés, y a-t-il à chaque fois des éducateurs ?*

### Jean-Yves Bourel

Il y a des appartements. Les éducateurs ne sont pas sur les lieux, mais sur la maison de l'habitat regroupé, 92 rue du Collège à Roubaix. Les éducateurs passent chez les personnes selon le projet individualisé qui est établi avec les personnes et avec le service psychiatrique qui les suit. C'est-à-dire qu'à chaque fois, il y a une co-construction du projet entre le service psychiatrique d'où la personne est issue, la personne et nous. Cela nous paraît fondamental. Dans notre équipe, nous n'avons que du personnel éducatif, il n'y a pas de psychiatre, pas d'infirmier, pas de psychologue, je rejoins Jacques Debiève sur ce point. Chacun sait faire ce pourquoi il est formé. L'éducateur ne sait pas faire du thérapeutique. L'infirmier ne sait pas forcément faire de l'accompagnement éducatif. Du coup, on travaille en co-construction de projets, toujours.

### Luc Hossepied

*Quelle est la durée du séjour moyen pour un résident ?*

### Jean-Yves Bourel

Les personnes restent chez nous dix-huit à vingt-quatre mois environ. Quelquefois beaucoup moins parce que le service ne leur convient pas. Elles repartent sur un autre service, ailleurs. Sinon, c'est aux alentours de vingt-quatre mois, accompagnement compris. C'est-à-dire le passage de l'habitat regroupé en appartement disséminé. Après, on continue à les suivre un peu dans leur appartement à eux, de façon à ce qu'elles puissent se stabiliser dans leur logement.

### Luc Hossepied

*Quel lien avez-vous avec les bailleurs ? L'accès au logement est-il un objectif permanent ?*

### Jean-Yves Bourel

Notre porte d'entrée, c'est l'accès au logement. Dès l'entrée au CHRS, on parle de sortie et de passage

dans l'appartement à soi. C'est quelque chose de très compliqué parce que l'offre de logement est vraiment très peu importante. Du coup, les bailleurs (publics ou privés) mettent leur seuil de tolérance très haut. Actuellement à Agora, en lien avec la Fnars et la communauté urbaine de Lille, nous travaillons sur comment les manières de fluidifier les demandes de logement dans la communauté urbaine. Comment peut-on travailler ensemble pour le bien des populations concernées ? Ce n'est pas simple parce qu'on a tous notre territoire, nos mandats, nos missions, nos manières de travailler et tout cela il faut que ça se rencontre.

### Luc Hossepied

**Avez-vous une convention avec les bailleurs sociaux, publics ou privés ? Pouvez-vous leur dire : « nous avons besoin de 40 appartements chaque année, réservez-les nous » ?**

### Jean-Yves Bourel

On commence à avoir des conventions. A chaque fois, ces conventions actuellement sont quadripartites entre Agora, le bailleur, les services médicaux concernés par le secteur et les personnes ou leur représentant. C'est très compliqué car ce sont 4 personnes ou services qui ont leur logique.

### Luc Hossepied

**Pourquoi certains bailleurs acceptent-ils ?**

### Jean-Yves Bourel

Parce qu'ils savent que très souvent dans leur parc, ils ont des personnes qui devraient relever d'un accompagnement social ou d'un accompagnement sanitaire, qu'il n'y a personne autour et donc c'est du donnant/donnant : « oui, pourquoi pas. On vous donne 10 logements par an mais en contrepartie, comment faire pour accompagner les gens qui sont dans notre parc et ne sont pas connus par les services d'accompagnement social ou les services d'accompagnement sanitaire ».

### Luc Hossepied

**Pourquoi d'autres bailleurs refusent ?**

### Jean-Yves Bourel

Parce que la psychiatrie fait peur, la souffrance psychique fait peur et cela suscite des réactions de défense comme « je ne vais pas commencer à prendre des gens qui sortent d'HP. J'ai assez de problèmes comme ça ».

### Luc Hossepied

**Il y a plus de oui ou de non ?**

### Jean-Yves Bourel

Actuellement, plus de oui grâce à l'instance politique LMCU (Lille Métropole Communauté Urbaine) qui pilote un groupe de travail sur « habitat, hébergement et santé mentale ».

### Luc Hossepied

**Nous venons d'entendre trois témoignages différents : Carrefour des Solidarités, un lieu bien réel au centre-ville de Rouen ; Diogène, le réseau bien ancré dans la ville où chacun fait son métier ; et l'expérience plus récente de l'Unité Mobile. Cela vous évoque-t-il des commentaires ?**

### Jean-Yves Bourel

Le commentaire est qu'il est temps que tous les acteurs autour des personnes se rassemblent, travaillent ensemble et inventent des choses. Inventer, ce n'est pas forcément facile parce qu'une invention ne rentre pas dans les cases du SROS, du PRAPS... et qu'il va falloir trouver du financement pour travailler ensemble. Pour les personnes comme Claude (Ethuin, ndlr) ou le GEM (Groupe d'entraide mutuelle) de Tourcoing, il faut que l'on invente et qu'on invente avec eux. Le nombre de commissions, de colloques... où les personnes ne sont pas représentées et où, du coup, on invente des solutions de notre point de vue de professionnels, quel que soit le champ dans lequel on travaille, mais connaît-on ce qui est bien pour eux ? J'ai envie de dire : oui, ce matin, il y a Claude, le GEM de Tourcoing. Ils peuvent nous dire des choses. Et c'est eux qui ont l'expertise, ce n'est pas nous.

### Luc Hossepied

**Madame, dans votre association, vous accompagnez dans la globalité ?**

### Angélique Lecomte,

*coordinatrice de l'association Nord Mentalités*

Oui tout à fait. Bonjour à tous. Je suis coordinatrice dans l'association **Nord Mentalités** et le Groupe d'Entraide Mutuelle également, présidé par Claude Ethuin. On accueille les personnes dans leur globalité. Quand les gens viennent nous voir, ils arrivent avec toutes leurs douleurs : psychique, familiale, sociale. Comme je l'explique souvent : nous ne sommes des professionnels ni du soin, ni de l'accompagnement social. Nous sommes là avant tout pour les soutenir, maintenir actif aussi leur désir de s'en sortir (c'est très fragile ce désir de s'en sortir) et réorganiser avec elles les priorités des personnes puisqu'elles arrivent avec beaucoup de problématiques. J'inviterai aussi David Lepers à compléter son expérience : David tu t'es arrêté à une étape de ton parcours mais aujourd'hui il y a encore beaucoup de travail pour toi.

### David Lepers

Tout à l'heure, je vous ai dit que j'avais été placé en appartement associatif. J'étais avec une personne qui n'était pas propre du tout, elle avait des petits soucis d'hygiène. Ce n'était pas possible de cohabiter avec elle. J'ai été réhospitalisé à cause de ça et à cause du décès de ma mère en fait. Tout ce qui est émotion forte chez moi provoque une crise aiguë. Suite à mon hospitalisation, j'ai été placé dans une famille d'accueil pour réapprendre toutes les tâches de la vie quotidienne. Aujourd'hui, je me tourne vers des bailleurs parce qu'avec mon allocation, je peux

peut-être me permettre d'avoir un studio et pouvoir recevoir ma fille le week-end. J'aimerais bien au minimum un studio, une chambre. C'est en bonne voie pour l'instant.

### Luc Hossepied

*Qui vous accompagne ?*

### David Lepers

Monsieur Ethuin, Angélique... beaucoup de gens. Le Cal-Pact de Tourcoing Métropole (Centre d'Amélioration du Logement-Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'Habitat) qui offre un suivi social à l'appartement.

### Luc Hossepied

*Merci. M. Bourel, qu'apporte une association par rapport à un CHRS ? Et est-ce que chacun à une place différente ?*

### Jean-Yves Bourel

Je pense qu'effectivement, chacun à sa place. Une association, un CHRS, un service sanitaire ne peuvent pas tout faire. Il ne faut pas qu'un service fasse tout, ça devient un service ou un système très totalitaire. Il faut qu'il puisse y avoir des compétences dans chacun des services ou des associations.

### Luc Hossepied

*Monsieur, à vous la parole...*

### André Yvon

Je suis président de l'association *Vivre Ensemble* (près de Rouen) qui a pour projet de créer une résidence accueil pour handicapés psychiques. Je travaille en relation avec la Ddass et le conseil général de Seine-Maritime. Je souhaitais revenir sur la question de l'accompagnement vers le logement, du point de vue des familles, si vous le permettez.

Notre association a réalisé une enquête dont les résultats montrent que 50% de nos enfants sont en appartement individuel, parfois dans des conditions très difficiles, 40% sont dans leur famille, et 10% sont à l'hôpital psychiatrique. Les lieux d'hébergement des malades psychiques vont de l'hôpital, aux centres de postcure, centres d'hébergement, CAT (centre d'aide pas le travail), foyers, MAS, FAM, maisons de retraite, familles d'accueil, etc. Il existe donc des solutions très diverses. Ce que je voudrais souligner c'est que trouver un logement, c'est très bien, mais on l'a vu tout à l'heure, il ne faut pas oublier que ces personnes doivent être accompagnées. À l'hôpital, on s'occupe de nos enfants, très bien, grâce au dévouement des médecins (il faut le reconnaître). Seulement, il y a un problème, on leur fait tout: on leur donne leur traitement, on s'occupe de leur linge, on leur sert leur repas, etc. Ils passent leur temps à regarder la télévision. Sont-ils préparés, sont-ils accompagnés vers le logement ?

Ensuite, il faut se poser la question pourquoi, dans notre région (la Haute-Normandie), il n'existe que très peu de structures à la sortie. Vous n'avez pas, par exemple, de foyer de postcure, très peu de familles d'accueil, pas de foyers (ou très peu qui se mettent en route). Nous avons fait l'inventaire des foyers, il y a 4 ou 5 foyers qui acceptent de prendre des handicapés psychiques. Les retardés mentaux, oui, il y a des possibilités. Et il y a encore la question de l'adaptation des logements au handicap psychique, on le fait bien pour des gens qui sont en fauteuil roulant... mais pas pour des personnes handicapées psychiques... J'emploie le mot handicapé, Monsieur, parce que ces personnes-là, arrêtons de les traiter de malades. Ce ne sont pas toujours des gens malades, arrêtons.

Ces handicapés, que fait-on pour eux ? Comment les accompagne-t-on ? Est-ce une solution de les placer dans des foyers d'urgence ? Mais lors d'une réunion organisée avec la Ddass, le conseil général et des associations comme l'Armée du Salut, l'Abbé Bazire (foyer d'accueil de nuit situé à Rouen)... toutes ces organisations-là ont dit qu'elles ne savaient pas faire, qu'elles ne pouvaient pas prendre ces gens en charge. Pourtant, on les retrouve dans ces foyers d'urgence avec des gens qui sont d'anciens drogués, ou d'anciens alcooliques, etc. Ma question est la suivante: comment se fait-il que, dans notre région, il y ait si peu de structures pour prendre ces gens en charge ?

### Luc Hossepied

*Merci beaucoup. Après le témoignage des patients, celui des accompagnants. Monsieur Bourel, à vous la parole...*

### Jean-Yves Bourel

On a sans doute un certain retard mais il faut imaginer ensemble. Sur le département du Nord, en relation avec l'Unafam (l'Union Nationale des Amis et familles de malades mentaux), on est en train de réfléchir à une résidence de vie pour psychotiques stabilisés parce que l'on sait que l'hôpital n'est pas un lieu d'hébergement, pas un lieu de vie. Le CHRS n'est pas un lieu de vie. On y passe, on apprend des choses et après, effectivement, on va vers du logement; soit du logement banal (HLM, appartement banal) et pour certaines personnes il n'est pas possible de passer directement au logement banal. Il y a des réponses à créer, à imaginer, à inventer.

### Luc Hossepied

*L'accompagnement surtout.*

### Jean-Yves Bourel

Oui, l'accompagnement est important. Il est indispensable. Mais il faut aussi avoir un toit sur sa tête et un toit de manière pérenne, parce que l'hôpital n'est pas pérenne - et heureusement! -, le CHRS n'est pas pérenne - et heureusement! -. Il faut, à partir de là, imaginer des réponses où l'on pourra en même temps avoir un toit sur sa tête et un accompagnement. Et ce n'est pas facile.



## Luc Hossepied

*Dr Gouiffès, êtes-vous encore sensible à la colère d'une famille, à l'émotion ? Je vous interpelle parce que vous travaillez dans ce secteur de Haute-Normandie.*

## Dr Alain Gouiffès

C'est une situation difficile pour de bonnes et de mauvaises raisons.

Les bonnes raisons d'abord, c'est qu'il faudrait imaginer des financements croisés, des lieux adaptés, des partenariats... Ce n'est pas simple mais c'est possible.

Les mauvaises raisons, peut-être, c'est que l'on peut rencontrer un embarras, une frilosité chez certains professionnels de la psychiatrie à accepter de concevoir les soins, au long ou moyen cours, aussi dans les établissements sociaux et dans les structures d'hébergement. Les craintes des professionnels du social qui acceptent un accueil d'hébergement des personnes suivies en psychiatrie doivent être aussi entendues afin d'y répondre au mieux dans une confiance professionnelle partagée.

Il y a une ambiguïté qui existe sur les unités dites « complémentaires » des admissions dans les hôpitaux, le long - moyen séjour, etc. C'est sans doute cet aspect-là qu'il conviendrait de faire évoluer - pas seulement par des audits ou des expertises - mais aussi par le biais d'interventions publiques, citoyennes aussi, par les familles qui viennent demander des explications - voire des comptes - aux établissements de soins, notamment sur les modalités d'utilisation des financements. C'est un débat difficile, passionné et complexe parce que les choses sont brouillées, et cela peut donner le sentiment de cautionner telle ou telle position d'évaluateur sauvage, d'abord soucieux de réduire les moyens du service public. La question n'est pas là.

Qu'est-ce qui peut être proposé à une personne qui souffre, qui va mal, qui a besoin de soins ? Comment mettre cela en place tout en imaginant des solutions d'hébergement et des solutions sociales autres ? C'est l'autre phase de la psychiatrie qu'évoquait Serge Kannas tout à l'heure.

J'ai amené des documents sur l'UMAPP et le RRAPP de Rouen. Ils sont à votre disposition.

## Dr Doutriaux

*Président de l'association Mieux Vivre (AMV)*

AMV gère un appartement associatif à Jeumont, dans le Nord. Je remercie les intervenants pour leur expérience positive et enrichissante. Quant à moi, avec l'association, je suis confronté à une situation délicate et j'aurais aimé évoquer ici ces difficultés. Je remercie aussi M. Claude Ethuin de son témoignage dans le film, je le salue et j'espère le rencontrer prochainement. Je suis en contact avec Mme Claude

Finkelstein, présidente de la Fnapsy (Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-patients en Psychiatrie) et, à défaut d'avoir pu parrainer un Groupe d'Entraide Mutuelle à Maubeuge, j'espère parrainer un groupe Fnapsy. J'aimerais beaucoup aussi avoir les références du livre que M. Ethuin tenait en mains à un moment du film qui nous a été présenté<sup>1</sup>. Dans notre expérience d'association de professionnels de santé, malheureusement, notre travail associatif connaît une disqualification au sein du secteur de psychiatrie générale 59G40 Maubeuge/Jeumont où je travaille. Je vais y revenir.

M. Hossepied, je vous remercie d'avoir questionné M. Ordrenou du Carrefour des Solidarités sur les moyens de sa structure. Nous-mêmes sommes en situation de précarité associative. Jusqu'à peu, à cause de problèmes de secteur, les infirmiers ne pouvaient plus assurer les visites dans les appartements associatifs. AMV ne dispose pas de secrétariat ni de moyens financiers et humains actuellement. Mais l'association vient d'intégrer les normes associatives réglementaires, comme l'article 93<sup>2</sup>, pas plus tard que jeudi dernier lors de son assemblée générale. Le plan comptable associatif a été intégré. Les infirmiers sont de nouveau dynamiques dans la vie de l'association.

D'après ce que je constate, le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois à Maubeuge adopte une position que je pourrais qualifier de « schizophrénique » vis-à-vis de notre association et je voudrais illustrer mon propos avec l'exemple du projet « vacances adaptées organisées » (VAO) prévu pour 2008 avec un budget prévisionnel de 5000 €. Les responsables du projet VAO de l'AMV, également membres de l'équipe soignante du secteur (2 infirmiers, 1 aide-soignant) ont évoqué ce projet avec le cadre supérieur de santé de l'hôpital, notamment la question du subventionnement de l'opération. A leur grand étonnement, il leur a été répondu : « si jamais il vous manque 500 ou 1000 €, ne parlez pas de l'association, dites à l'établissement qu'il manque 500 ou 1000 € et l'établissement vous les donnera ». Or, je dois déposer une demande de subvention aux partenaires en précisant les 5 financeurs. Comme AMV n'est pas formellement reconnue par l'établissement, tout ce que fait l'association ne l'intéresse pas. Je suis gêné par le positionnement de l'établissement à notre égard, en principe, il s'agit d'un dossier de demande de subvention pour tous les financeurs et non un dossier pour 4 financeurs et un dossier particulier pour l'établissement !

Les relations avec le centre hospitalier ne sont ni pérennes ni sereines, c'est très déstabilisant pour nous et les projets que nous formons avec les personnes que nous suivons.

<sup>1</sup> Usagers de la psychiatrie : de la disqualification à la dignité, Martine Dutoit-Sola, Claude Deutch, Éditions Érès

<sup>2</sup> L'article 93 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fixe un cadre général, c'est-à-dire le contenu minimum de la convention type unissant l'association à l'établissement public de santé dans le secteur psychiatrique. Il n'exclut pas l'insertion d'autres dispositions. Cet article répond au souci de contrôler l'affectation des deniers publics. Il a pour objectif de faire cesser les mises en cause par les Cours Régionales des Comptes et de promouvoir la transparence de la gestion. <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=320&p=6&r=69>

## Luc Hossepied

**Sans commenter le cas de Monsieur (parce qu'on n'en connaît pas tous les tenants) pouvez vous évoquer la nature de vos collaborations avec les associations ? Y a-t-il les « bonnes » associations que l'on connaît et celles qu'on ne connaît pas ? Les récentes et les moins récentes ?**

## Jean-Yves Bourel

D'une façon générale, c'est difficile a priori de se positionner sur un quelconque facteur qualitatif des associations ou pour des associations de professionnels avec lesquelles on est amené à intervenir. Il faut que l'on se prenne tous les uns et les autres tels que l'on est, et que l'on fonctionne du mieux possible, les uns et les autres. L'intérêt c'est de pouvoir au moins entendre les interrogations qui ne sont pas forcément celles de nos partenaires. Je vais essayer de donner une piste de réflexion par rapport à ce qui a été évoqué tout à l'heure (sans intervenir dans la situation de la Haute-Normandie) puisque j'ai cru comprendre que son interrogation avait porté surtout sur la prise en charge des troubles psychotiques chroniques au long cours.

Les interrogations existent, et les structures qui se mettent en place à partir d'établissements existent aussi. Ce sont souvent les appartements associatifs, ce que l'on appelait avant les appartements thérapeutiques. M. Dognon et l'équipe d'Archipel en parleront cet après-midi. L'idée d'un appartement associatif, c'est aussi que ça ne dure qu'un temps dans la vie de quelqu'un avec, ensuite, une prolongation sur du logement individualisé qui passera par ce que l'on appelle les baux glissants. Mais encore faut-il aussi qu'une personne qui est dans ce type de processus soit compliant à ce mode de prise en charge. Actuellement, la législation, telle qu'elle existe, s'intéresse beaucoup au droit des patients (loi Kouchner, par exemple) mais elle laisse quelquefois peu de marge de manœuvre aux professionnels en matière d'intervention. Quand on a essayé de revenir sur la loi de 90, qui n'impose des soins qu'en milieu hospitalier, les seules choses qui existaient c'était les sorties à l'essai. La commission Strohl<sup>3</sup>, à l'époque avait proposé quelque chose d'intéressant, qui était l'éventuelle obligation de soins ambulatoires, mais pour l'instant, il n'y aucune réforme précise de cette loi de 1990 qui devait être réformée trois ans après.

## Luc Hossepied

**Qui veut prendre la parole ? Deux interventions encore.**

## Dominique Métau

Je suis directeur d'une structure en milieu semi-rural, semi-urbain. J'aimerais saluer les interventions du Dr Gouiffès et du Dr Debiève. Si en psychiatrie, on avait plus souvent sur le terrain des gens comme ça, la confiance entre le social et la psychiatrie et la psychologie pourrait mieux fonctionner. On doit

aujourd'hui pouvoir rétablir une confiance sur au moins deux points. Quand je dis que je suis directeur d'une structure multi-associative, c'est-à-dire comprenant un petit CHRS diffus, un service de tutelle et de curatelle, un service d'accompagnement social dans le cadre du FSL (Fonds solidarité pour le logement) et de baux glissants d'hébergement temporaire, de retour à l'emploi, etc. Une petite structure où les gens sont polyvalents, mais sur une zone rurale qui couvre à peu près 100 000 habitants où j'aimerais voir se créer un service du type UMAPP. Aujourd'hui, on a l'impression que les CMP créés pour ouvrir la psychiatrie sur le secteur se sont refermés.

Que se passe-t-il maintenant ? Quand on est interpellé pour loger un sortant d'hôpital psychiatrique, les psychiatres, ou au moins les personnels accompagnants travaillant dans le secteur psychiatrique, oublient de se dire une chose : « est-ce que j'accepterais d'avoir pour voisin la personne que je propose au CHRS ? » Au travers de cela, il faut que l'on puisse rétablir une confiance. Cela signifie que, si il y a échec, il ne faut pas que le secteur psychiatrique nous dise : « je ne peux plus rien faire, débrouillez-vous avec ».

J'aimerais ajouter, à propos des co-financeurs et des financeurs, bien souvent aujourd'hui, on privilégie les grandes agglomérations. J'ai entendu parler de Lille, de Rouen... On est ici dans les politiques de cofinancements de politique de la ville dont on ne bénéficie pas toujours aujourd'hui en secteur semi-rural, semi-urbain.

## Luc Hossepied

**Vous êtes où exactement ?**

## Dominique Métau

Nous sommes basés à Bolbec, une petite ville située à 30 km du Havre, 60 km de Rouen et 70 km de Caen. Nous sommes installées sur un territoire qui comprend 600 000 habitants si l'on tient compte du Havre et de Rouen. Or, le département de Seine Maritime, ce sont 1,2 millions d'habitants. Ça veut dire que l'on a la moitié de notre département qui est livré à lui-même. Il ne faut pas les oublier sachant qu'aujourd'hui les grandes villes ont tendance à se vider au profit des villes comme les nôtres : 10 000 habitants, 5 000 habitants, 200 habitants... Ne les oublions pas ! On a déjà des manques par rapport au lien social, et je salue de nouveau M. Ethuin, car des gens comme ça en CHRS, en hébergement temporaire - et j'en loge tous les jours - je n'en ai jamais rencontré en 30 ans !

## Luc Hossepied

**Il est là, et bien vivant !**

## Dr Alain Gouiffès

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Le dernier numéro de *Rhizome*<sup>4</sup> consacré à la ruralité aborde cette question. Nous cherchons dans l'Eure et la Seine Maritime à développer nos actions en dehors des grands centres urbains. Ceci est à l'étude.

<sup>3</sup> Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 (« Commission Hélène Strohl », 1997)

<sup>4</sup> Rhizome, revue mensuelle de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORPERE), dirigée par le Dr Jean Furtos. La revue est téléchargeable sur le site : [www.ch-le-vinatier.fr/orspere](http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere)

Les réponses nouvelles méritent d'être soutenues, évaluées et confortées si elles sont pertinentes au regard de choix budgétaires et politiques.

La mise en place de ce qui allait devenir l'UMAPP, il y a une douzaine d'années, a été difficile et a suscité des débats vifs. Au nom de quoi, en effet, alors que nous ne pouvions pas répondre correctement à toutes les demandes qui nous étaient faites, allions-nous mettre à disposition sur un autre secteur que le nôtre, un peu de temps infirmier, psychologue et médecin dans un lieu social du centre-ville ?

Le Réseau Régional Action Psychiatrie Précarité (RRAPP) a pour fonction de soutenir et développer le travail dans les 4 territoires de santé de la région : Evreux, Le Havre, Dieppe et Rouen en favorisant une réflexion régionale prenant appui sur les besoins reconnus. Nous espérons obtenir la reconnaissance prochaine de ce travail par le financement des dotations de réseaux.

Le travail extra-hospitalier dans la cité est fragile. Avec la crise de la démographie médicale qui se profile, couplée à l'inégalité des répartitions des effectifs soignants, on risque de se concentrer sur le noyau dur de la psychiatrie donc sur l'intra-hospitalier en laminant « l'extra ». Ce qui aggravera, au passage, la crise dans les services d'urgence.

Le service public de psychiatrie avec l'invention du secteur après-guerre demeure une belle aventure française. Il faut prendre en compte cet héritage en lui donnant force, souplesse et inventivité.

## Une intervention

Petite réaction par rapport au service de psychiatrie du secteur que couvre M. Métau. Je suis cadre supérieur de santé et je travaille dans le service de psychiatrie générale de Lille B. et je voulais dire que les CMP de ce secteur ne sont pas en train de s'endormir. Nous faisons un travail de proximité très important, c'est-à-dire plus de 8500 consultations infirmières par an, que nous n'avons que deux médecins psychiatre et que nous sommes tout prêts à travailler sur l'hébergement puisque c'est une réflexion que nous avons dans le service.

## Luc Hossepied

***Nous allons vous faire déjeuner ensemble et vous pourrez échanger! Une ultime intervention pour cette table ronde, Monsieur...***

## Dr Maurice Breton

Je suis venu aujourd'hui au titre de ma représentation de délégué régional Nord-Pas de Calais de la Fédération Croix-Marine. Cette fédération d'associations d'aide à la santé mentale, créée en 1952, a une expérience reconnue dans le champ de l'accompagnement des personnes en souffrance psychique depuis les années 40/50, époque à laquelle on ne distinguait pas le social et le médico-social. Il n'y avait que le sanitaire, qui ne portait d'ailleurs pas ce nom-là. En fait, il n'existait que l'hospitalisation

psychiatrique sous le régime de la loi de 1838. Se posait, alors, la question de l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (terme figurant dans nos archives de l'époque) ayant été placées en soins spécialisés. Il faut se souvenir qu'elles étaient alors « assujetties » à l'établissement qui les soignait, perdant, ainsi, le libre exercice de leurs droits civiques.

Il s'agissait pour nos associations de leur permettre, d'une part, de déterminer des choix et des activités en tant que sujet et non objet de soins et, d'autre part, de leur assurer une assistance à la réinsertion sociale à l'issue du séjour hospitalier, dans toutes les formes nécessaires à celle-ci.

J'exerce aussi depuis pas mal de temps comme psychiatre des hôpitaux, assez habitué aux interfaces comme mes collègues qui sont intervenus précédemment. Je souhaitais rebondir sur ce qu'ils ont dit et signaler mon accord avec eux, mais, en même temps, souligner ce qui, peut-être, ne se dit pas.

Je suis tout à fait d'accord avec l'idée que chacun doit rester dans son champ de compétences, de savoir-faire et travailler au sein de partenariats avec les professionnels des autres champs.

Mais tout de même, ces partenariats entraînent la construction de maillages autour des personnes prises en charge, et ces maillages produisent des « effets » dont il est nécessaire de reconnaître l'importance et la complexité. Autrement dit, les interactions des différents professionnels qui interviennent autour de la personne souffrante : soignants, travailleurs sociaux mais aussi aide-ménagères, voisins, etc., entre eux et avec la personne, devraient donner lieu à un travail d'analyse et de réflexion, de mise en mots (conceptualisation, échanges verbaux...). Car il s'y produit des effets de « constellation transférentielle » qui peuvent aussi bien aboutir au pire – surtout s'ils ne sont pas travaillés dans les échanges entre partenaires – ou être le véritable lieu d'une efficacité pour calmer le jeu, voire amener le sujet à découvrir les richesses humaines qu'il peut tirer de ce qui, au départ, est lu comme un trouble ou un handicap.

Sans cette analyse, ces échanges sur les pratiques de chacun et leurs effets, on se priverait de l'occasion, à partir d'un trouble et d'un déséquilibre, de voir surgir une possibilité pour la personne qui souffre de produire quelque chose qui soit de l'ordre de l'invention, de la création, de la maturation, de l'élaboration. C'est ce que je souhaiterais faire entendre ici : il y a des perspectives de travail dans la prise en compte du fait qu'une souffrance psychique peut être aussi une occasion de grandir.

On découvre alors le handicap psychique sous un autre jour, d'où l'évolution dans la loi du 11 février 2005 de ce concept lui-même de handicap comme évolutif et productif de ressources nouvelles à (faire) développer.

Je souhaitais enfin, faire remarquer que, peut-être, se développe là ce que l'on a appelé par ailleurs des effets de la « psychothérapie institutionnelle », et qu'il est désormais question de porter ce type de travail dans la société dans son ensemble à la demande de nos tutelles.

On se retrouve ainsi devant des questions de santé mentale. On a affaire à des problèmes de psychopathologies qui ne sont pas forcément à considérer sous l'angle seulement des maladies. Nous aurons à traiter, tous ensemble, ce qui, dans le pathologique ou la difficulté, peut être l'occasion d'une découverte de soi, d'une compréhension de ce qui chez nous est tout simplement un aspect de la dynamique humaine. Il faudrait s'efforcer, dans un travail de santé mentale, d'essayer de comprendre comment ces dynamiques se sont organisées et fonctionnent (parfois de façon socialement inefficace et, au premier abord, incompréhensible). A partir d'un trouble, accéder à une richesse !

### **Luc Hossepied**

*Merci beaucoup. Depuis ce matin, on entend les attentes fortes des patients, des usagers, des familles, des travailleurs sociaux, et de tous les acteurs du médical...*

*Je vous souhaite de travaillez ensemble, de vous reconnaître...*

## Partage d'expériences

### Luc Hossepied

*Nous allons entendre le témoignage de Lydie Leroy, coordinatrice du réseau Précarité-santé mentale dans le Nord-Pas de Calais. Merci de nous présenter ce projet inscrit dans le cadre des PRAPS<sup>5</sup>.*

### Lydie Leroy

Je vais présenter l'expérience très rapidement parce que dans la salle il y a beaucoup de membres des réseaux précarité santé mentale. Les réseaux s'inscrivent bien dans la transversalité qui a été évoquée ce matin avec toutes ses indications. L'expérience a débuté vers 2003-2004. Il ne s'agit pas de mélanger des cornichons, du vinaigre dans un bocal pour constituer un réseau puis de vouloir y ajouter du poivre, des fines herbes... Ça ne marche pas forcément comme ça, effectivement. Les gens dans la salle peuvent le confirmer.

Au tout début, en 2001, il y avait une forte demande du social.

### Luc Hossepied

*Qui porte le projet auprès des PRAPS ?*

### Lydie Leroy

C'est une demande de l'hébergement, du social. Une forte demande avec une écoute au niveau du PRAPS dans le Nord-Pas de Calais et un groupe de travail qui a dit « ok, on y va, on va essayer de trouver une solution ».

### Luc Hossepied

*Quel est le sous-titre du projet ?*

### Lydie Leroy

Une préoccupation qui s'inscrit dans une dynamique locale. Le groupe du PRAPS a dit « D'accord. On va répondre ». Une formation-action de quelques jours a été mise en place, elle était adressée aux professionnels de la santé mentale et du social qui travaillent auprès des personnes en grande précarité. Ce que j'y ai entendu : « se connaître », « se reconnaître », avec une particularité qui a été, en plus de la formation, d'organiser des stages croisés. Quand j'entends les débats de ce matin, nous les avons aussi eus dans notre réseau. Nous avons travaillé en binôme, quelqu'un du social est allé en psychiatrie et quelqu'un de la psychiatrie est allé en structure d'hébergement pendant 5 jours. Depuis que les réseaux sont créés, il y a des gens qui n'ont pas fait la formation initiale et qui veulent aussi maintenant faire des stages, même un ou deux jours. Ça va très vite. On voit très bien ce qui se passe chez l'un, chez l'autre. On avait tous un peu des fantasmes, les uns sur les autres en pensant que l'hôpital était tout puissant et allait guérir les gens

avant de nous les ramener, ça allait être formidable. Et la psychiatrie qui disait « mais de toutes façons, dans l'hébergement, il y a tout ce qu'il faut comme personnel ». Puis, ils s'aperçoivent que la réalité de l'autre n'est pas ce qu'ils croyaient, qu'on s'occupe parfois des mêmes personnes et qu'il n'y a pas de personnel médical, chacun a vu un peu ses limites.

### Luc Hossepied

*Je vais reprendre quelques questions lancinantes : Quand ça ne « marche pas », êtes-vous tentée de penser que c'est la faute des autres... ?*

### Lydie Leroy

Nous connaissons bien ces allers-retours de la sortie des urgences vers la structure d'hébergement d'urgence avec quelqu'un qui ne va pas bien du tout, puis c'est le retour aux urgences... Il y avait les sorties d'hospitalisation le vendredi soir sans médicament, sans traitement, sans indication des services de psychiatrie. C'était des questions comme : « pourquoi vous ne prenez pas les gens en hébergement ? ». Dans la formation tout ça est ressorti aussi. Localement, les choses se sont un peu débloquées. Ce qui est intéressant, c'est qu'il y a un réseau pour chaque arrondissement, soit 16 réseaux, c'est tout à fait local. Par ailleurs, l'engagement des institutions est formalisé par la signature de conventions, mais aussi la réflexion autour de pistes de travail, l'élaboration d'ordres du jour, la création de sous groupes, etc. Au départ, c'était informel mais maintenant une cérémonie de signature de convention vient officialiser cet engagement. Pour l'instant, nous avons deux/trois ans de recul avec un appui méthodologique de deux coordonnatrices, Monique Lips pour le côté santé mentale et moi-même pour l'aspect social.

### Luc Hossepied

*Combien de personnes sont-elles concernées ?*

### Lydie Leroy

250 avec la formation, 250 professionnels (sanitaire, social). J'ai une stagiaire qui a voulu faire une évaluation de la vie des réseaux - on voulait savoir s'il y avait eu un impact, ce que ça avait donné, s'il y avait des contacts, ou pas... - elle a envoyé 400 courriers environ. Malheureusement, chaque fois qu'il y a une réunion, il y a quelqu'un qui a changé de fonction, d'établissement, qui est en remplacement...

### Luc Hossepied

*De plus, vous êtes seule coordinatrice ! Quels moyens avez-vous ?*

### Lydie Leroy

Nous sommes deux quart-temps et le reste un peu bénévole quand même.

<sup>5</sup> Programme Regional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies.

### **Luc Hossepied**

*Qui sont les bénévoles ?*

### **Lydie Leroy**

C'est nous. C'est une grosse charge de travail.

### **Luc Hossepied**

*Avez-vous un bureau ?*

### **Lydie Leroy**

Oui.

### **Luc Hossepied**

*Mais spécialement pour ce réseau, c'est votre bureau ?*

### **Lydie Leroy**

Oui.

### **Luc Hossepied**

*Avez-vous un numéro de téléphone ?*

### **Lydie Leroy**

Oui et on a même une adresse mél. Bientôt je pense que l'on va avoir un site internet, que les réseaux vont bénéficier d'un site internet. Pour l'instant, en tant que coordinatrice, on est en train d'aider les réseaux à s'installer mais les réseaux sont animés aussi par les personnes issues de ces réseaux et ce que l'on appelle des binômes d'animation à la santé mentale...

### **Luc Hossepied**

*Travailler en ville est-il plus facile que travailler sur un territoire rural plus dispersé ?*

### **Lydie Leroy**

C'est par arrondissement et on va aussi en zone rurale. Cela concerne tous les territoires de la région Nord-Pas de Calais.

### **Luc Hossepied**

*Donc la proximité, c'est dans la tête ?*

### **Lydie Leroy**

Oui. Mais c'est très important. Les réseaux sont locaux et ils ont leurs particularités. Ça dépend aussi si c'est un centre hospitalier général, si c'est un établissement public de santé mentale (EPSM)... Quels sont les partenaires ? Mais les thèmes sont récurrents. On est beaucoup sur les sorties d'hospitalisation, les conventions et, maintenant ce dont on parle beaucoup, c'est l'accès et le maintien dans le logement. Jusqu'à présent, on parlait de convention, de médico-social, de sanitaire. Dans les réseaux précarité santé mentale qui se sont créés dans le Nord-Pas de Calais, il y a eu une ouverture à des partenaires extérieurs, aux bailleurs sociaux, par exemple, aux associations tutélaires, aux missions locales qui sont en phase avec ces problématiques et on essaie de travailler ensemble.

### **Luc Hossepied**

*A quel moment est-il apparu que le logement était l'essentiel ?*

### **Lydie Leroy**

Sans mentir, dès le début, quand même en sachant qu'on était des professionnels de la santé mentale, du social et que le logement on ne maîtrisait pas forcément. En priorité, il y avait des urgences : essayer de mieux travailler ensemble sur la fluidité, sur les sorties d'hospitalisation, sur la prise en charge des personnes en situation de grande exclusion, etc. Ensuite, on se retrouvait coincés par rapport au maintien et à l'accès dans le logement. Cette organisation n'a pas été mise en place dans tous les territoires parce que c'est difficile. Ça a commencé sur Lille Métropole, comme Jean-Yves Bourel l'a dit tout à l'heure, c'est une des premières fois que la psychiatrie, les bailleurs, l'hébergement d'urgence se retrouvent pour discuter et voir comment on fait pour travailler ensemble. Souvent, c'est entre deux partenaires : les bailleurs et la psychiatrie, le bailleur et le centre d'hébergement, et vice et versa. Là, on va s'y mettre tous. Ce qui est important, c'est l'appui des politiques pour pouvoir mener à bien des actions, des conventions. En tout cas, on va essayer de faire en sorte que ça marche.

### **Luc Hossepied**

*Connaissez-vous votre programme pour les six prochains mois ?*

### **Lydie Leroy**

Noël!

### **Luc Hossepied**

*Et vous voulez un cadeau... Quel cadeau ?*

### **Lydie Leroy**

Un petit chat! Non, je plaisante... mais pour le réseau on vote tous pour un site internet. Ce que l'on souhaite aussi, et ce que l'on va avoir l'occasion de mettre en commun le 4 décembre prochain, c'est l'expérience de ce qui se passe dans chaque réseau : ses thèmes, ses comptes rendus, ses ordres du jour, son groupe de travail, etc. Cela sert d'observatoire, c'est riche. Chaque réseau est riche et n'a pas, pour l'instant, l'occasion d'échanger sur ce qui a été fait. Car la grosse demande des membres du réseau est de se rencontrer au niveau régional, de savoir qui a fait quoi ? Comment ? Qui a réussi à signer une convention ou à améliorer la prise en charge ? Une journée régionale de rencontres des réseaux est prévue le 4 décembre. Ce dont on peut rêver aussi, c'est d'une rencontre des binômes d'animation, parce que c'est dur pour ces personnes qui ont pris sur elles d'animer le réseau avec tout ce que ça comporte de contraintes. Je pense qu'il y a encore besoin d'un soutien, qu'elles puissent se rencontrer et échanger.

Dans mes cadeaux de Noël : la démarche est en pleine évaluation, donc ce serait une évaluation positive de tout ce qui a été fait.

## Luc Hossepied

*Y a-t-il des bailleurs qui ne viendront jamais ?*

## Lydie Leroy

Je ne pense pas.

## Luc Hossepied

*Vous êtes convaincante ?*

## Lydie Leroy

C'est leur métier. Au départ, la démarche avait été impulsée par la Fnars lors d'une journée de travail organisée sur le thème: « Habitat et santé mentale », il y a quelques années. La Fnars, c'est un réseau associatif qui peut inviter la psychiatrie, les bailleurs... Ils savent que c'est pour pouvoir travailler. Il n'y a pas d'enjeux, de pièges... on est là pour travailler, il n'y aura pas d'enjeux de pouvoir. On peut exprimer ses besoins, ses difficultés.

## Luc Hossepied

*Merci beaucoup Lydie Leroy.*

*Docteur Philippe Levêque. Vous allez nous présenter la maison relais d'Arras. La connaissez-vous, Lydie Leroy ?*

## Lydie Leroy

Bien sûr, la maison-relais créée par l'hôpital, j'ai été invitée à son inauguration. C'est très sympa, c'est une maison dans Arras, en centre-ville, pas loin de tout ce qu'il peut y avoir. Une équipe qui s'occupe des gens. Pas différente des autres maisons relais qu'il peut y avoir. Il n'y a pas une spécificité...

## Luc Hossepied

*Quelle couleur la peinture de la façade ?*

## Lydie Leroy

Rouge brique!

## Luc Hossepied

*M. Levêque, racontez-nous cette maison relais.*

## Dr Philippe Levêque

Je suis psychiatre de secteur à Arras. L'*Escale* a mis en place une maison relais depuis deux ans. Il s'agit d'une association créée au départ par le secteur de psychiatrie qui s'est ensuite élargie à d'autres intervenants. Un secteur de psychiatrie, c'est le sanitaire, c'est souvent difficile de mettre en place des expériences. Le biais de l'association donc du médico-social permet de monter des expériences plus facilement.

Cette maison relais accueille 9 personnes. C'est un lieu de vie pérenne, sans limitation de temps. Pour nous, il y a quand même une limitation dans le sens où c'est une maison relais soignant. Ce n'est pas thérapeutique mais il y a un accompagnement soignant avec un infirmier. Le but est l'accès à l'autonomie, l'accès au logement seul.

## Luc Hossepied

*Je pousse la porte, que se passe-t-il ?*

## Dr Philippe Levêque

C'est un lieu qui appartient aux gens qui y vivent, donc, il faut sonner d'abord. Ce sont des gens qui vivent chez eux, tout le monde ne peut pas y entrer. Ce lieu de vie peut accueillir 9 personnes, avec des parties communes où les gens prennent leur repas, préparent la cuisine et il y a des chambres privées.

## Luc Hossepied

*Y a-t-il des accompagnants en permanence dans la maison relais ?*

## Dr Philippe Levêque

Ce montage associatif fait qu'il y a à la fois des intervenants de l'hôpital (puisque'il y a une convention avec le Centre Hospitalier d'Arras), il y a des personnels soignants, des infirmiers notamment qui interviennent chaque jour parce qu'il s'agit des personnes qui présentent des troubles psychiatriques stabilisés. La nuit, il y a des veilleurs de nuit pour sécuriser, pour éviter que ces personnes soient embêtées. Il y a également une éducatrice qui intervient quelques heures.

## Luc Hossepied

*Quelle autonomie ont les résidents ?*

## Dr Philippe Levêque

Ils font leur cuisine en collectif, alternativement, pour la préparation.

## Luc Hossepied

*Pour les courses, ont-ils un budget propre ?*

## Dr Philippe Levêque

Le budget est fait avec le personnel soignant. Le but c'est d'accéder à l'autonomie.

## Luc Hossepied

*A quelles conditions quittent-ils la maison relais ?*

## Dr Philippe Levêque

Il n'y a pas de conditions. Ils la quittent quand ils le souhaitent.

## Luc Hossepied

*Ont-ils envie de la quitter ? Cela semble être tellement chaleureux...*

## Dr Philippe Levêque

La maison existe depuis septembre 2006 et une vingtaine de personnes y ont été accueillies. Une grande majorité a accédé au bout de quelques mois à un an à un logement autonome. Un certain nombre, 5 à peu près, est parti en famille d'accueil et pour quelques-uns, il y a eu des temps d'hospitalisation.

### Luc Hossepied

*Quelle place ont les habitants, les résidents, les familles ? Ont-elles voix au chapitre d'une manière très formalisée ?*

### Dr Philippe Levêque

Cette association Escalé était, au départ, le fruit d'une volonté des acteurs de psychiatrie après elle s'est ouverte aux acteurs des foyers d'accueil d'urgence, à des politiques...

Il n'y a pas de subvention en tant que telle. On a demandé à différents partenaires d'entrer dans le financement du lieu.

### Luc Hossepied

*Comment le loyer est-il financé aujourd'hui ?*

### Dr Philippe Levêque

Ça fait partie du budget

### Luc Hossepied

*Que faut-il améliorer ?*

### Dr Philippe Levêque

C'est un outil intéressant. Il y a cette maison relais qui est ouverte. Maintenant, nous avons un projet de résidence accueil d'une quinzaine de places qui devrait ouvrir d'ici un an, puisqu'il existe un problème de manque de places. C'est un peu le même concept, mais qui s'adresse plus spécifiquement à des personnes qui présentent des troubles de handicap psychique. Ce qu'il faut améliorer, c'est le manque de logements, l'implication des bailleurs sociaux, etc.

### Luc Hossepied

*Est-ce que les voisins ont accepté cette implantation sans difficulté ?*

### Dr Philippe Levêque

Il n'y a eu aucun problème. Cela a été dit, il y a eu une inauguration où ils sont venus. C'est quand même un endroit assez calme avec un certain nombre de commerces, peu d'habitations. Ça s'est passé sans aucune difficulté.

### Luc Hossepied

*Bonne vie à vous et merci.*

*M. Philippe Gilbert-d'Halluin, vous êtes aujourd'hui délégué de la Fnars Picardie mais vous allez nous exposer un travail que vous avez réalisé en tant que sociologue dans une vie professionnelle antérieure. Il s'agit d'une étude sur la prise en charge des personnes en urgence sociale et souffrance psychique, une enquête action financée dans le cadre d'un programme territorial de santé (PTS) auprès de 31 chefs d'établissements sociaux et de 35 cadres psy et sociaux.*

### Philippe Gilbert-d'Halluin

Je salue le Dr Levêque et Mme Leroy, que je suis très heureux de retrouver après les quelques mois que j'ai passés dans le Nord-Pas de Calais. Nous avons travaillé ensemble pendant 5 mois sur ce projet et nous nous sommes rencontrés régulièrement. Cette recherche-action financée dans le cadre du **Programme Territorial de Santé** de l'Arrageois a porté sur une problématique assez précise et en même temps très complexe, à savoir, les processus de prises en charge des personnes en souffrance psychique et en urgence sociale. Pour procéder à l'investigation, on a d'abord rencontré tous les cadres, chefs de services de médecine et chefs d'établissement concernés localement en leur posant trois questions simples « *Qu'est-ce que vous faites ?* » « *Quelles sont les limites de votre action ?* » « *Que voudriez-vous entreprendre ?* ». À partir de leurs constats, des comptes rendus ont été rédigés, puis une synthèse, avant de travailler avec 10 chefs d'établissement ou cadres de santé hospitaliers sur une série d'indicateurs afin de mesurer l'efficacité des prises en charge de ces personnes en souffrance et en urgence sociale. La base de données de référence du Service d'Accueil d'Urgence et d'Orientation (SAUO) d'Arras, exception faite des demandeurs d'asile qui relèvent de textes réglementaires particuliers, concernait 650 personnes environ.

### Luc Hossepied

*Dans tout ce qui a été dit ce matin, retrouvez-vous des éléments de votre enquête ?*

### Philippe Gilbert-d'Halluin

Tout ce que j'ai entendu, sont des questions qui ont été soulevées par la recherche action, et que l'on a essayé de mettre en musique. A la fois ce que dit le représentant de l'Unafam, le directeur d'un CHRS du Pays de Caux, que je salue, sur ses liens avec les CMP parfois difficiles; ou ce qui s'exprime sur l'accompagnement dans les logements ou la distinction de l'offre de soins psychiatriques entre pathologies, troubles mentaux, souffrance psychique, troubles de la personnalité. En ce qui concerne les indicateurs, c'est un point qui est repris dans la recherche action. Celui-ci a posé des questions sur la nature des structures, les durées théoriques et effectives des séjours des personnes hébergées; les représentations des travailleurs sociaux au regard des manifestations diverses de la souffrance psychique à l'entrée des personnes dans les centres d'hébergement; les caractéristiques médicales, judiciaires, médico-sociales des personnes en situation d'urgence et de souffrance psychique. Bref, après de nombreux débats sur l'encartage des populations, on a essayé d'évaluer le nombre de personnes déficientes qui sont en urgence sociale et en souffrance psychique, le nombre de personnes qui souffrent de troubles mentaux au sens de la pathologie mentale, le nombre de personnes en suivi judiciaire. On a corrélé l'ensemble de ces indicateurs et un certain nombre de questions se sont posées sur la totalisation des prises en charge psychiatriques. De vraies questions



éthiques ont été soulevées. Nous avons procédé à l'anonymisation des 650 noms après croisement des fichiers de plusieurs structures (Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), services de tutelles, services de psychiatrie, foyers d'accueil en urgence sociale), et, à l'issue de l'étude, nous avons détruit les fichiers nominatifs et mis en lumière la tendance qu'indiquaient les prises en charge par défaut. À l'analyse fine des données, 80% des personnes prises en charge en urgence sociale, quelle que soit leur porte d'entrée en souffrance psychique, à savoir la déficience, les troubles mentaux, le suivi judiciaire, ou autres, étaient pensées par les travailleurs sociaux ou les médecins comme étant des prises en charge satisfaisantes. C'est déjà pas mal ! Mais il en reste 20.

### Luc Hossepied

**Si on avait demandé aux patients s'ils ont le sentiment d'être pris en charge d'une manière satisfaisante ?**

### Philippe Gilbert-d'Halluin

C'est une question piège tout à fait intéressante. Je vais y répondre tout de suite après avoir précisé que ces 80% de prise en charge jugées satisfaisantes le sont au regard des cahiers des charges et au regard des conventions de chacun des services. Il faut le savoir sinon on rentre dans un jugement de pratiques professionnelles des personnels vis-à-vis d'eux-mêmes.

Sur les 20% de prises en charge jugées insatisfaisantes en fonction des réactions des gens et des positionnements des gens (je préfère dire des gens ou des personnes plutôt que des usagers), et au regard des services ou des soins qui leur ont été offerts, l'insatisfaction portait rarement sur les compétences professionnelles, mais plutôt sur la forme des prises en charge telles que : « *quelle place j'ai dans les flux ?* », « *je suis là, mais est-ce que je devrais être ailleurs ?* », « *je voudrais être là mais je ne peux pas* », « *je suis là, mais tout le monde dit que je n'ai rien à y faire* ». La fluidité des personnes dans le processus plus que les compétences des professionnels étaient l'objet d'interrogations. Pour ces 20% de prises en charge jugées insatisfaisantes, nous avons identifié deux/trois raisons :

- **La première source d'insatisfaction de prise en charge par défaut, ce sont les situations médico-sociales voire sanitaires de personnes en urgence sociale dont l'état physique et mental ne permet pas un accompagnement social mais qui en même temps ne justifie pas l'hospitalisation en médecine psychiatrique.** Il s'agit de personnes dont on n'a pas pu encore identifier des troubles mentaux importants (par exemple des schizophrénies graves) parce qu'elles ne se manifestent pas, parce qu'il y a du repli, parce qu'elles ne font pas de bruit dans les structures, et qu'en même temps, on n'envisage pas toute de suite une observation psychiatrique. Ces personnes représentent la

moitié des 20% des prises en charge par défaut. Les problématiques tournent autour des troubles de la personnalité, des addictions (uniques ou multiples, psychotropes, drogues, alcool ou les trois à la fois). Il y a un vide. J'y reviendrai.

- **Deuxième groupe de personnes qui semblent poser des difficultés de prise en charge, non pas en tant que personne mais en tant que structure adéquate: ce sont les personnes déficientes en urgence sociale (ça veut dire dans la rue).** Elles sont accueillies dans le service d'accueil d'urgence et d'orientation et, faute de places dans les structures médico-sociales, sont orientées dans des foyers d'urgence ouverts jour et nuit et se retrouvent donc dans un lieu d'accueil d'urgence, c'est-à-dire avec un melting-pot de populations, pas forcément sécurisé ni sécurisant pour toutes les personnes accueillies, notamment pour les femmes déficientes en urgence sociale.
- **Troisième point de prise en charge par défaut, c'est celui de personnes accueillies dans des structures d'hébergement d'urgence sociale ou des CHRS qui nécessiteraient un accompagnement infirmier à l'interne (par mise à disposition de personnel par exemple ou par conventionnement interinstitutionnel) ;** celui-ci avait du mal à se mettre en route en avril
  - faute d'éclaircissement pour identifier les besoins des structures d'hébergement par les structures elles-mêmes,
  - par crainte de voir des fléchages de financements glisser de manières aléatoires et non maîtrisées,
  - par refus de voir la confusion des fonctions prendre le pas sur le travail d'accompagnement social.

En termes de préconisations, trois grands axes correspondent aux trois grands types de prise en charge jugée par défaut :

- Un rapprochement institutionnel entre les structures de soins psychiatriques intra muros et extra muros et un certain nombre de structures d'hébergement ciblées, volontaires et actives dans la prise en charge et l'accueil de personnes en souffrance et urgence sociale. Cela peut passer par des protocoles de soins, des protocoles de suivis, des conventions, voire des financements formalisés institutionnels (l'ARH par exemple sur l'intervision de dossiers complexes, on sait combien dans chaque grande ville, voire sur des plateaux semi-ruraux, il y a de situations complexes identifiées depuis dix ou quinze ans).
- Voir comment les conseils généraux pourraient passer des conventions ponctuelles, triennales ou quinquennales avec les rares structures médico-sociales, notamment dans le département du Nord, qui accueillent des personnes

déficiantes en urgence sociale (je crois que la seule structure en France est située près de la frontière Belge, dans un petit village dont j'ai oublié le nom). Il s'agit d'une structure qui dépend de l'association de l'Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales (ADAPEI) du Nord.

- Effectuer un travail par la supervision d'équipes auprès des professionnels, travailleurs sociaux ou infirmiers. Celle-ci pourrait passer à la fois par des consultations de psychiatrie communautaire. J'avais envie de terminer là-dessus parce que c'est vraiment quelque chose qui fonctionne à Arras et qui est mis en avant - c'est-à-dire la mise en place de consultations avancées dans les sites d'hébergement social ou de structures d'accueil telles que les CHRS, les foyers des jeunes travailleurs (FJT) - auprès des publics accueillis. Ces consultations pourraient être prolongées par la mise à disposition de personnel hospitalier vers les structures d'hébergement ou l'inverse. C'est au PTS local de statuer là-dessus : il me semble que c'est en cours.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir permis d'intervenir ce matin.

### **Luc Hossepied**

*On a quelques minutes pour donner la parole à la salle... Madame ?*

### **Viviane Lièvre**

Je suis la directrice du **Cal-pact** (Centre d'Amélioration du Logement - Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'Habitat) d'Arras. J'apporte mon témoignage par rapport à la Maison Relais présentée par le Dr Levêque, puisque nous avons travaillé avec l'ensemble de ses collaborateurs sur ce projet, sur l'élaboration à la fois du projet social mais surtout foncier. Le montage d'une telle structure nécessite la mobilisation d'un ensemble de partenaires tels que les services sociaux, la Ddass, la Drass, la Direction Départementale de l'Équipement... Pour mettre en œuvre ce projet de maison relais et permettre l'accueil de ses résidents, cela a nécessité un montage financier très lourd et très long. Nous sommes partis à l'origine d'un immeuble qui appartenait à la ville d'Arras. La démarche a consisté à convaincre les partenaires sociaux, mais aussi la collectivité locale et les élus. Ce n'était pas évident de mettre en œuvre et d'accueillir un public en difficultés sur un secteur géographique spécifique. Il a fallu par ailleurs mobiliser et convaincre l'ensemble de nos financeurs. Ce projet a été le premier mis en place sur le territoire. La Maison Relais a ouvert fin 2006, mais le PACT a travaillé sur ce projet à partir de 2002... Il s'agit là d'un véritable parcours du combattant pour arriver à ouvrir une structure de type Maison Relais.

### **Luc Hossepied**

*Avez-vous d'autres projets dans ce sens-là ?*

### **Viviane Lièvre**

On travaille sur un nouveau projet en secteur rural pour l'accueil de 15 patients par le biais de notre structure de portage immobilier, la SAUES Habitat PACT (Société Anonyme d'Union d'Économie Sociale), qui regroupe l'ensemble des PACT du Nord-Pas de Calais. Nous sommes un peu à l'initiative de ce premier projet mais depuis il a servi d'exemple. Nos différents collaborateurs des PACT du Nord-Pas de Calais proposent et/ou travaillent sur d'autres projets avec leurs partenaires locaux.

### **Luc Hossepied**

*D'autres bailleurs plus privés, moins sociaux sont-ils engagés dans cette démarche ?*

### **Viviane Lièvre**

Je sais qu'il y a d'autres bailleurs HLM qui s'intéressent aux projets à la fois de maison relais, de résidence sociale... Il faut préciser que ces projets nécessitent des multi-financements et que les montages financiers sont parfois très difficiles et longs à aboutir.

### **Luc Hossepied**

*Il y a peut-être des partages d'expériences à mener ? Une boîte à outils à partager avec d'autres bailleurs ?*

### **Viviane Lièvre**

Je précise qu'il n'existait aucune référence avant ce projet à Arras, et que cela a nécessité de multiples recherches pour la mise en œuvre et l'aboutissement de ce projet.

### **Luc Hossepied**

*Merci beaucoup.*

*Dernière prise de parole. Monsieur ?*

### **Un directeur de CHRS de l'Eure**

Je suis directeur d'une association qui s'appelle l'Abri à Evreux. J'ai une question à l'adresse de M. Gilbert-d'Halluin quant aux préconisations des trois réseaux qu'il a développées. Est-ce que la mise en place des structures telles que les lits Halte soins santé<sup>6</sup>, permettraient de compléter ce rapprochement institutionnel entre les secteurs social et sanitaire ? Puisque vous disiez que dans les premières raisons, il y avait les personnes qui ne pouvaient pas être accompagnées dans les structures sociales et dont l'état de santé ne nécessitait pas l'hospitalisation.

<sup>6</sup> Les lits Halte Soins Santé sont destinés à l'hébergement temporaire de personnes qui n'ont pas de domicile et dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation mais nécessite cependant des soins et une prise en charge adaptée.

### Philippe Gilbert-d'Halluin

La question de *lits Halte soins santé* a été posée lors de ces 5 mois à Arras puisqu'il y avait une discussion sur l'ouverture d'une quarantaine de lits gérés par la Croix Rouge en partenariat avec les centres d'urgence, d'hébergement et les centres d'orientation. Ce que j'ai envie de vous dire, c'est que sur le papier, oui. C'est même la structure qui peut tout à fait servir de relais, de sas, aussi bien dans un sens que dans un autre, à savoir du social vers le sanitaire, ou du sanitaire vers le social en attendant des logements pérennes ou intermédiaires. La question est: comment les mettre en place ? Est-ce que les acteurs du secteur sanitaire hospitalier, notamment localement, accepteront de partager les prises de décisions, d'admission surtout, avec les services d'hébergement et de réinsertion sociale ? Ce sont des discussions locales à avoir. Sur le papier, ça fonctionne, ça correspond aux besoins. On peut penser qu'en Haute-Normandie, il y a l'argent sur ces questions-là ou, en tous les cas, on peut démarcher vers les tutelles qui auraient compétences pour négocier le financement de ce type de prise en charge. Après, il faut voir comment sur le terrain ça va se mettre en place. Qui interroge l'accueil et la sortie des personnes pour que les lits haltes soins santé ne deviennent pas des annexes de services hospitaliers déjà existants, mais déjà surchargés en capacité ?

### Luc Hossepied

*Merci. PTS vous savez ce que cela veut dire, Programmes Territoriaux de Santé ? Monsieur Westermann voudrait donner quelques précisions pour ceux qui ne sont pas du Nord-Pas de Calais car c'est une de leurs spécificités.*

### Jean-Claude Westermann

Le Programme Territorial de Santé est la déclinaison non servile du Programme Régional de Santé Publique (PRSP), c'est-à-dire que nous avons à la fois une politique régionale de prévention au niveau régional mais aussi à celui de chacun des territoires en fonction de ses spécificités propres et du jeu d'acteurs qui s'y joue, dans le respect des priorités régionales mais adaptées à son territoire, des projets, y compris parfois l'évaluation de certains dispositifs comme vous avez pu le constater. C'est une spécificité liée à l'historique de la région Nord-Pas de Calais où conseils régional et généraux, assurance maladie et État travaillent ensemble sur les problèmes de santé publique depuis une vingtaine d'années.

### Luc Hossepied

*Merci M. Westermann.*



## Luc Hossepied

**Monsieur Furtos, quels sont les points forts et les points faibles que vous avez perçus ce matin ?**

## Jean Furtos

Quelques remarques à chaud : l'un des points faibles de ce qui s'est dit ce matin est en même temps un point fort, à condition qu'on le remarque : c'est le fait qu'il y a eu beaucoup de paroles sur la pratique. Quand on parle de sa pratique, ça peut paraître prosaïque, trop simple, et l'on ne se rend pas toujours compte des perles que l'on dit en français courant. J'ai noté particulièrement deux perles (mais il y en avait beaucoup plus) :

1° une infirmière dans la salle, après l'introduction du Dr Laure Sauvage et de Catherine Obry, a été titillée par notre animateur qui lui a demandé « à quoi ça sert votre équipe mobile ? ». Elle a répondu : « Ça sert à ce que les gens, les malades mentaux puissent être soignés ». Ça paraît simple de le dire comme ça. En fait, pour que cette réponse si simple devienne une perle, il faut se souvenir que lorsqu'on est à la rue, ou dans la grande précarité, et que l'on rencontre des problèmes de type maladie mentale, l'accès aux soins devient souvent impossible ou problématique, et les personnes ont des symptômes qui étaient décrits dans les livres de psychiatrie avant 1952, avant l'invention des neuroleptiques ! J'ai vu, travaillant une fois par semaine avec une association qui agit dans le milieu de la grande précarité, des pathologies que l'on ne voit plus à l'hôpital parce que les soins et notamment les thérapeutiques chimiques, quoi qu'on en dise, sont utiles dans un certain nombre de grands tableaux. Répondre simplement : « ça sert à ce que les gens soient soignés » peut passer inaperçu mais cela signifie implicitement que ça évite des choses catastrophiques, des violences, des souffrances infernales.

2° L'UMAPP : Alain Gouiffès ou Olivier Ordrenou ont dit : « on avait la même maison ». Quand on sait que depuis 20 ans en France, l'idée dominante est le « chacun chez soi », c'est-à-dire le conseil général chez lui, la mairie chez elle, la psychiatrie dans ses murs... et que l'on passe un temps fou à voir comment on va se rencontrer ! Et bien dire simplement qu'on a la « même maison » et que l'on peut donc travailler dans la même maison, boire le café ensemble autour de situations difficiles, se parler tout simplement... Mais, c'est une révolution ! Ça paraît simple pourtant de dire que l'on est dans la même maison !

Je me souviens en 1985, après la loi confiant l'hygiène mentale aux hôpitaux psychiatriques, j'avais demandé, dans le secteur dont j'étais responsable, que l'on puisse avoir les mêmes locaux avec le conseil général et la mairie. Non, c'était impossible, chacun chez soi ! A l'époque, ce n'était pas une question d'argent. Voilà donc une seconde perle : « la même maison ».

Quand on relira l'enregistrement de cette journée, on trouvera sûrement d'autres perles passées inaperçues. Il y en avait beaucoup dans le film aussi... J'en reprendrai quelques-unes dans ma conclusion.

## Luc Hossepied

**Merci. Il y a encore quelques acteurs du logement qui n'ont pas encore pris la parole ; qu'avez-vous envie de dire ?**

## Raphaël Bonte

Je suis animateur du groupe Habitat et santé mentale auquel il a été fait allusion ce matin par M. Bourel et Mme Leroy. L'intérêt des rencontres comme aujourd'hui, c'est aussi celles que l'on fait à la pause de midi, ainsi plusieurs personnes m'ont dit : on a beaucoup parlé de l'accès au logement mais très peu du maintien dans le logement. Or, un certain nombre de bailleurs sont face à des situations extrêmement concrètes et difficiles de personnes qui sont en souffrance, voire en danger, dans leur logement, ces bailleurs ont parfois l'impression de frapper à toutes les portes de la psychiatrie sans obtenir de réponse. Est-ce qu'il pourrait y avoir quelques éléments d'échanges sur ce point ? Merci.

## Luc Hossepied

**Y a-t-il d'autres témoignages d'acteurs du logement : c'est le moment de prendre la parole.**

## Une intervention

Je travaille pour Lille Métropole Habitat (LMH), OPAC de Lille et mes voisines sont du groupe Compagnie Métropolitaine de l'Habitat (CMH) et je confirme les propos de M. Raphaël Bonte. En effet, en matière d'accès au logement nous avons un savoir-faire, nous avons créé des partenariats avec les associations (Archimède, Nord Mentalités...) qui travaillent sur les sorties des hôpitaux psychiatriques. M. Ethuin ne l'a pas dit ce matin, mais son association est partenaire direct de LMH, nous avons mis en place une charte du partenariat social qui a été signée par les maires des communes sur lesquelles nous sommes implantées et par des associations qui œuvrent dans tous les domaines, des difficultés sociales et/ou financières et des problèmes de santé mentale. Cela signifie que nos médiateurs sont en mesure de faire appel à nos partenaires lorsqu'ils ont connaissance d'une situation de détresse et, comme cette dame l'a très bien expliqué ce matin, leur intervention n'est ni médicale, ni sociale, c'est une aide.

## Luc Hossepied

*Dans ce réseau, êtes-vous tous à votre place ?*

### La personne de LMH

Absolument, et si nos réponses ne sont pas toujours aussi rapides et efficaces que vous pourriez le souhaiter - et nous le comprenons - c'est parce qu'il y a un manque crucial de logements sociaux et non pas parce que la santé mentale nous fait peur. On peut accéder à nos logements avec l'accompagnement qui correspond aux difficultés de personnes.

## Luc Hossepied

*Vous êtes rassurée alors ?*

### La personne de LMH

Complètement. Aujourd'hui, notre inquiétude est pour ce public que nous avons logé hier, il y a dix ans, il y a dix mois, et qui allait très bien, et qui, pour X raisons, se met à aller mal. Et là nous sommes seuls, complètement seuls pour leur rendre visite, pour trouver des solutions et c'est dans ce domaine que nous avons besoin d'un travail commun entre les partenaires sociaux, les partenaires de la santé mentale et les bailleurs de logements sociaux.

## Luc Hossepied

*Que retenez-vous des expériences présentées ce matin ?*

### La personne de LMH

Ça répond à ce que je connais de ce qui a été mis en place...

## Luc Hossepied

*Ce n'était pas la peine de venir alors ?*

### La personne de LMH

Si, absolument puisqu'aujourd'hui, j'ai l'occasion de m'exprimer cet après-midi pour vous faire part de nos attentes.

## Luc Hossepied

*Qui veut témoigner pour la Compagnie Métropolitaine de l'Habitat ?*

### Une intervention de CMH

Je suis chargée du développement social au sein du groupe CMH sur le territoire de la banlieue roubaisienne qui est frontalière avec la Belgique. Nos difficultés se situent plus au niveau du maintien dans le logement. Il y a encore des choses à faire en ce qui concerne l'accès mais il existe déjà pas mal de dispositifs, de conventions signées avec des associations, avec l'OPAC Métropole Nord aussi, qui nous aident beaucoup dans les diagnostics du traitement de la demande de logements, des orientations données à un public qui ne peut pas accéder directement au parc classique.

Mais la grande difficulté concerne le maintien dans le logement. J'ai été confrontée récemment à deux situations qui me restent un peu en travers de la gorge. Je me suis heurtée à quelques portes fermées et, malheureusement, ça s'est dramatiquement terminé pour la personne... On m'a répondu à plusieurs reprises « *il n'y a pas urgence. Si elle ne veut pas se soigner, il n'y a aucune obligation* ».

La question se pose aussi pour la personne qui ne va pas bien, nous n'avons pas la compétence médicale pour poser un diagnostic, mais on voit bien quand quelqu'un défèque dans son appartement, c'est qu'il ne va pas bien et quand on interpelle un peu tout le monde, on nous répond « *mais s'il n'y a pas de demande de la personne, on ne peut pas intervenir* ».

## Luc Hossepied

*Qui ferme les portes ?*

### La personne de CMH

Je ne vais pas faire de la délation, ce n'est pas le but! Ce sont des structures, j'ai interpellé un peu tout le monde...

## Luc Hossepied

*Un hôpital, un conseil général, un médecin de famille...*

### La personne de CMH

Le médecin traitant aussi en premier qui m'a aussi répondu que si Monsieur ne souhaitait pas se soigner, il ne pouvait pas faire grand-chose. Mais il était en train de gangrener quand même pour la petite histoire et le lendemain il est décédé. Je l'ai rappelé alors en lui disant qu'effectivement ma responsabilité était dérogée mais peut-être pas la sienne.

## Luc Hossepied

*Ne pas rester seul.*

### La personne de CMH

Non pas faire un diagnostic dans le sens où l'on mélange les compétences du social et du médical, surtout pas. C'est ce que je défendrai à 300%, mais avoir quelqu'un qui nous aide, qui nous conseille, qui nous oriente.

## Luc Hossepied

*Qu'espérez-vous de cette journée ?*

### La personne de CMH

Est-ce que l'on peut continuer à se communiquer les numéros de téléphone, les e-mails, pour que l'on puisse travailler ensemble et élargir notre réseau de partenaires. Et puis aussi, essayer de trouver un pilote. Il y a beaucoup de richesses, beaucoup de réseaux, mais il faut peut-être aussi mettre en place un interlocuteur relais ainsi qu'un dispositif pérenne. Si demain je ne suis plus là, il faut que l'action puisse perdurer au bénéfice des personnes que l'on a parfois tendance à oublier.

## **Luc Hossepied**

*Ça tient beaucoup aux personnes ?*

## **La personne de CMH**

Tout à fait. Je suis prête à créer des conventions avec le corps médical, pleins de choses à mettre en place... Mais je ne peux rien toute seule.

## **Luc Hossepied**

*Merci beaucoup pour vos témoignages.*

# Atouts et difficultés du travail en partenariat, l'exemple du Havre

**Luc Hossepied**

*Ce matin, il a été évoqué la volonté politique. Elle est essentielle et nécessaire à chaque moment. J'invite Christine Lefrêche, directrice adjointe de la Ddass et Robert Foubert, conseiller général, tous deux de Seine Maritime.*

**Robert Foubert**

Bonjour à tous, je précise que je suis conseiller général du 6<sup>ème</sup> canton de Rouen. Je voudrais d'abord remercier le Dr Kannas parce que ce matin il a précisé qu'il était question des enjeux de la transversalité dans les politiques publiques, et je me faisais la réflexion qu'il avait pratiquement tout dit. Il nous reste donc à témoigner à deux voix parce que nous avons travaillé ensemble et pour vous montrer quelle a été notre démarche commune sur une action, sur le territoire du Havre. C'est dire, qu'en matière de partenariat, nous sommes croyants mais également pratiquants.

Le travail en partenariat est à la fois une volonté politique et une pratique parce qu'il nous faut mettre en œuvre des responsabilités qui sont communes, qui sont partagées. Et nous l'avons pratiqué depuis notre accès aux responsabilités au Département. Nous avons travaillé ensemble le schéma départemental en faveur des personnes handicapées avec les services de l'Etat (la DDASS, l'Education nationale et la DTEFP) et nous avons également travaillé avec nos partenaires associatifs. Mais pour le sujet qui nous concerne, notre département est vaste : il comprend trois pôles urbains (Rouen, le Havre et Dieppe) Il fallait donc choisir une échelle raisonnable où les différents acteurs puissent se connaître et travailler ensemble, ce qui serait illusoire sur l'ensemble du territoire de la Seine-Maritime. Cette démarche partenariale nous a sérieusement facilité la tâche quand il a fallu mettre en place la maison départementale des personnes handicapées issue de la loi du 11 février 2005. Cette loi, entre autre innovation, inscrit le handicap psychique dans le champ médico-social. Le Département n'avait aucune culture, aucune compétence par rapport à ce handicap qui suscite des réticences, des *a priori*, comme d'ailleurs toutes les problématiques qui sont inconnues.

Lors de la mise en place de la MPDH (et le Président du Département m'en a confié la présidence,) les anciennes Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) n'étaient pas non plus armées pour apporter des réponses pertinentes à ces personnes. Alors dans la MDPH, l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation doit s'enrichir de compétences nouvelles. C'est pourquoi à la suite de nos travaux communs, nous avons demandé à la

CNSA un financement spécifique pour associer des spécialistes de la maladie mentale de façon à créer des duos de professionnels (par exemple un infirmier psychiatrique et un travailleur social) afin de rencontrer ces personnes en difficulté et les aider à mettre en place un projet de vie, qui est comme vous le savez le socle fondamental de toute décision. Théoriquement, nous devrions pouvoir bénéficier de 2 ETP (équivalent temps plein) pour un an, qui nous permettraient de progresser dans ce domaine-là.

Nous nous sommes inscrits très volontiers dans l'expérimentation proposée par le ministère de la santé et des affaires sociales. Pour revenir à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, deux régions se sont portées volontaires pour expérimenter cette démarche : la Haute-Normandie et la Bourgogne, en s'appuyant sur le principe d'un décloisonnement.

Pour élaborer et faire vivre un projet de territoire, il convient de tenir compte des schémas existants établis par des instances différentes, qui ont chacune leur champ de compétences, qui ont leur temps de validité, leur territoire et c'est un petit peu compliqué. Nous sommes champions pour complexifier les dispositifs, à tel point, qu'entre gens initiés, on parle quelquefois par sigles complètement incompréhensibles pour les autres, et si on veut faire le tour à la fois du handicap, de l'insertion... il y a une richesse d'abréviations extraordinaire. Nous avons pris en compte les conclusions des différents plans, programmes, schémas et projets pour tenir compte de tous ces travaux. C'est dire l'impérieuse obligation, quelles que soient nos compétences respectives, de travailler ensemble pour que nos concitoyens bénéficient de dispositifs et de mesures qui soient coordonnés, cohérents et complémentaires. D'ailleurs, l'objectif est bien d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées psychiques, de manière globale : logement, loisir, travail, et cela au sein de notre projet de territoire. Le principe ? Bien sûr, organiser sur le territoire de santé une gamme diversifiée et graduée de réponses aux besoins des personnes handicapées psychiques, compte tenu de la stabilité souvent provisoire de leur état. Pour cela, un décloisonnement social, médico-social, sanitaire est obligatoire pour des institutions habituées à œuvrer dans le champ clos de leurs compétences.

Le travail en partenariat, la complémentarité des acteurs sur le territoire amènent à formuler, à formaliser des conventions entre les structures et les acteurs. Notre méthodologie a visé la réalisation et la présentation d'un document de travail, validé par l'ensemble des acteurs, ayant pour objectif de fédérer les différents acteurs du territoire autour d'un diagnostic partagé, de réaliser un plan d'actions et de suivre ce projet territorial. Avant ces rencontres avec les partenaires du territoire, nous disposions de deux études qui donnent des éléments précis à prendre en compte pour déterminer les objectifs. Ces études font un état des lieux des personnes à prendre en charge et à accompagner et qui, éventuellement, pourraient être ailleurs.



L'enquête relative aux hospitalisations prolongées en psychiatrie, réalisée par l'assurance maladie en 2005, nous apprend qu'en Haute-Normandie, parmi les 512 patients hospitalisés au long cours (c'est-à-dire plus de 9 mois) sur le territoire du Havre, une soixantaine, pourraient relever du secteur médico-social. D'autre part, l'analyse régionale réalisée par le centre régional de l'enfance et de l'adolescence inadaptée (CREAI) montre que les sorties de l'hôpital psychiatrique sont trop souvent orientées vers des foyers de travailleurs migrants qui ont des places libres, ce qui signifie aussi des sorties sans accompagnement adéquat. Il s'agit quelquefois de SDF ou de travailleurs migrants qui ont de gros problèmes de santé mentale et ne sont pas pris en charge. Pour répondre à ces problématiques, les partenaires sont arrivés à ce consensus: la première priorité, c'est l'accès ou le maintien dans un logement.

### Christine Lefrêche

directrice adjointe, Ddass de Seine-Maritime

Avant d'aborder les questions qui traitent plus d'hébergement et de logement, je voudrais revenir sur notre volonté partagée, État et Département, de nous appuyer sur des territoires dit de projet: les agglomérations et les pays. Des territoires qui nous permettent effectivement de faire travailler ensemble des élus, des professionnels des secteurs social, médico-social, santé, de l'habitat, des associations d'usagers et de familles. Nous avons ce matin beaucoup évoqué le lien santé/social et je voulais aussi insister sur le lien médico-social et social. Peu de lieux existent où l'on peut réunir les acteurs des champs de l'action médico-sociale et sociale. Il n'y a pas toujours de connaissance partagée de l'ensemble des dispositifs.

La communauté d'agglomération du Havre (CODAH), représente un territoire de 300 000 habitants et regroupe des acteurs nombreux, des élus notamment, qui ont une légitimité pour porter des projets de développement. La CODAH est un interlocuteur tout à fait légitime pour nous aider à coordonner nos actions. Des partenariats se développent en Seine-Maritime avec les communautés d'agglomérations notamment dans le secteur social et de la santé.

Pour revenir à la question de l'accès et du maintien dans le logement pour des personnes souffrant de handicap psychique, nous nous sommes donnés comme ambition de départ de répondre à tous les besoins (logement, loisirs, travail, accompagnement social...). C'était le principe fondateur de notre démarche. Néanmoins, l'accès au logement, le maintien dans le logement sont des incontournables pour améliorer les conditions de vie des personnes et pour développer leur autonomie, les accompagner dans leur projet de vie. A partir de là, il s'est agi de concentrer nos efforts sur les moyens de maintenir dans le logement les personnes à domicile, prises en charge dans les accueils de jour ou dans les hôpitaux de jour, en ambulatoire dans les CMP et de faciliter

l'accès au logement adapté pour les personnes hospitalisées au long cours et stabilisées. Nous avons eu un débat très ouvert avec les bailleurs confrontés à ces difficultés. Ils nous disaient: « *effectivement, nous avons des personnes en grande difficulté, en souffrance, dans nos logements et nous sommes très démunis face aux situations de crise* ». Face à ces difficultés, une première action a porté sur l'aide à la gestion de la crise, sur l'accompagnement ce qui a permis de réaffirmer que des personnes avec des handicaps psychiques peuvent être à l'origine de troubles importants (des problèmes de voisinage, d'hygiène, de bruit) mais aussi dire qu'elles peuvent être victimes. Les travaux ont permis d'appréhender plus précisément, de quantifier les besoins et les concepts logement: des logements autonomes avec ou sans accompagnement, des appartements groupés avec une gouvernante, des maisons relais, des résidences accueil, des logements de transition pour faciliter les parcours résidentiels. Cette démarche a permis de réfléchir à la mise en place de solutions les plus adaptées possibles pour toutes les situations qui se présentent.

Dans le débat autour de l'accompagnement, l'hôpital est un acteur important - les bailleurs étaient très demandeurs de la présence des hospitaliers, infirmiers ou psychiatres, mais dans ce travail collectif, il était un acteur comme un autre: c'était un acteur à côté d'autres professionnels et notamment des professionnels de l'action sociale et du médico-sociale.

Les enjeux ont donc porté sur la création de **services d'accompagnement à la vie sociale** (SAVS) et de **services d'accompagnement médico-social** (SAMSAH), pour des personnes handicapées psychiques. Le projet de territoire décliné en plan d'actions a porté également sur la création de résidence accueil, de maisons relais, de GEM, d'équipes mobiles de psychiatrie pour faciliter l'accès au logement, ou encore d'une MAS (maison d'accueil spécialisée) pour répondre aux problèmes des hospitalisations au long cours à l'hôpital. Il s'est agi aussi de demander à des associations du champ médico-social de se mobiliser sur la prise en charge de personnes avec des handicaps psychiques notamment dans les Etablissements et Service d'Accompagnement par le Travail. C'est l'ensemble de ces projets qui fait la force du projet de territoire et du plan d'actions et qui lui donne sa cohérence.

L'atout supplémentaire sur le territoire du Havre: l'existence d'un pôle insertion logement, un service créé par la communauté d'agglomération havraise (CODAH): une plate-forme, animée par un coordonnateur, mise en place pour travailler les parcours résidentiels des personnes les plus en difficultés par rapport au logement. Ce pôle insertion logement (PIL) travaille plus particulièrement sur la transformation des résidences sociales, des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales, sur la sortie des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les sorties de centre d'accueil pour demandeurs

d'asile, également sur l'accès au logement pour les grandes familles... Il était donc légitime que l'on se tourne vers le PIL pour qu'il s'approprie la démarche initiée autour du handicap psychique. Nous nous sommes donc retrouvés avec un interlocuteur repéré par les bailleurs et par tous les acteurs du logement et de l'accompagnement social logement, en capacité d'animer des groupes de travail. Cette plateforme réunit un partenariat vaste : services de l'Etat, organismes HLM, partenaires de l'hébergement, les associations gestionnaires du logement temporaire, de l'accompagnement social, les élus, le Département, la CAF, les Villes, les Centres Communaux d'Action Sociale de l'agglomération havraise. Trois groupes de travail ont été constitués dans ce cadre :

1. Un premier groupe a travaillé sur la mise en place d'une cellule de veille afin d'étudier les situations bloquées et de travailler sur les situations de crise.
2. Le deuxième groupe a pour mission de développer l'offre de logement adapté, trouver du foncier pour les maisons relais... des logements pour les associations qui s'engagent dans le développement des baux glissants, de la sous-location, travailler sur les attributions de logement.
3. Le troisième groupe est chargé de réfléchir et de mettre en place des formations : des actions de sensibilisation, notamment pour les acteurs des organismes HLM qui ont souhaité mieux connaître l'ensemble des dispositifs sociaux, médico-sociaux et disposer d'une formation théorique sur la maladie mentale... L'objectif étant de développer une culture commune, un langage commun pour mieux travailler ensemble.

Cette formation a eu lieu et est financée dans le cadre du plan régional de santé publique (volet santé mentale).

Quels enseignements tirer de cette démarche ? Nous avons progressé, certes oui. Mais nous n'avons pas la prétention d'avoir tout réglé avec ce projet de territoire et ce plan d'actions. Je suis convaincue qu'il faudra toujours se « battre » pour que les besoins des personnes souffrant de handicaps psychiques soient pris en compte dans toutes les politiques publiques en matière de santé, social, médico-social et de politique liée à l'habitat. Néanmoins cette démarche nous oblige (les partenaires institutionnels) à « sortir des clous », à faire tomber les barrières pour une plus grande efficacité. Cette dynamique a favorisé l'émergence de projets. Néanmoins dans ce type de démarche, nous mobilisons un partenariat important, du temps, de l'énergie, nous suscitons de l'espoir, des attentes. Aussi faut-il ensuite que nous puissions avoir une visibilité sur notre capacité à financer dans des délais raisonnables les projets validés. Sans cette visibilité financière, nos partenaires s'épuisent.

Enfin, ce travail repose sur l'engagement de Mostava Merchi, infirmier de santé publique à la DDASS qui a assumé, avec le coordonnateur de la CODAH, la fonction d'animation et de suivi dans la phase de diagnostic, de rédaction du plan d'action, et de suivi des opérations et des projets.

### Luc Hossepied

*Merci beaucoup.*

*M. Ethuin, je vous entendais commenter quasiment chaque mot de Mme Lefrêche. Que retenir-vous de tout cela ?*

### Claude Ethuin

Maintenant que vous avez fait le tour de la question, j'aurais pensé qu'il y avait urgence et il ne faudrait pas attendre trop longtemps pour les gens qui sont en court-circuit. Je m'aperçois que l'on reçoit beaucoup de documents de la Caisse Nationale des Solidarités. Il y a beaucoup de gens qui relèvent de cette problématique. Mais pour une personne qui est actuellement dans un schéma de demandeur, il faut répondre à sa demande aujourd'hui. Quand on est chez soi et qu'il y a le feu, on appelle les pompiers. Il faut proposer aux gens des habitations, tout de suite, sans attendre.

### Luc Hossepied

*Des questions ?*

### Une intervention

Vous avez parlé de concept de logement durable : dans ce cadre-là, vous avez parlé d'hébergement mais essentiellement des CHRS. À aucun moment, je n'ai entendu parler d'accueil d'urgence : est-ce que vous englobez les accueils d'urgence dans les CHRS ou est-ce que l'on nie le problème de l'accueil d'urgence ?

### Christine Lefrêche

En Seine Maritime, nous avons une spécificité : tous les accueils d'urgence sont habilités à l'aide sociale à l'hébergement. Quand on parle de CHRS, on entend autant accueil d'urgence que place d'insertion.

### Luc Hossepied

*Merci beaucoup.*

## TABLE RONDE

# Préparation à la sortie, accompagnement et gestion des difficultés

### Luc Hossepied

*J'invite le Dr Philippe Lernout et Delphine Fournier. Dr Philippe Lernout, vous êtes président de la commission médicale d'établissement du CH Pinel à Amiens. Delphine Fournier, vous êtes assistante sociale à l'unité de préparation à la sortie (UPS) dans ce même hôpital.*

*Si je vous dis en souriant, vous « n'êtes qu'assistante sociale », est-ce que ça vous va ?*

### Delphine Fournier

Ça va.

### Luc Hossepied

*Une assistante sociale dans un hôpital, est-elle bien reconnue ?*

### Delphine Fournier

Je pense que oui, je n'y serais pas restée 15 ans sinon. Une assistante sociale dans un hôpital bien sûr qu'elle est reconnue et qu'elle a sa place. Elle fait partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire. On a tous des évaluations différentes et complémentaires et le projet de vie de la personne n'est pas que thérapeutique. Il s'agit bien aussi du projet de vie à l'extérieur, il se construit aussi avec nous.

### Luc Hossepied

*En terme de hiérarchie, où vous situez-vous ?*

### Delphine Fournier

J'appartiens à une équipe pluridisciplinaire. L'unité, le service de soins, c'est le médecin psychiatre qui la gère. Il y a un cadre de santé comme dans tous les hôpitaux et on travaille tous ensemble.

### Luc Hossepied

*Quand vous parlez avec un cadre de santé, avec votre compétence d'assistante sociale, y a-t-il une hiérarchie sous-jacente ?*

### Delphine Fournier

Ça peut arriver ! Et quand bien même ! Le débat au quotidien dans un hôpital psychiatrique pour une assistante sociale n'est pas autour d'une hiérarchie entre l'infirmier, l'AS, l'éducateur...

### Luc Hossepied

*L'unité de préparation à la sortie, c'est quoi exactement ?*

### Delphine Fournier

L'unité de préparation à la sortie est une unité de soins interne à l'hôpital Philippe Pinel. Elle a été créée en février 2001, suite au constat qu'une quantité importante de nos patients n'arrivait pas à accéder aux structures médico-sociales en raison de leurs troubles (parce qu'ils ont effectivement besoin de soins). Mais aussi parce qu'il y avait un décalage entre ce que l'on proposait chez nous et ce qui était proposé dans la structure médico-sociale, autour des activités quotidiennes, de la sollicitation des patients... Cela entraînait des difficultés pour nos patients quand ils sortaient. Nous sommes partis de cette réflexion et nous avons voulu apporter une réponse à cette question : « *que peut-on faire pour rapprocher la prise en charge médicale et soignante d'une prise en charge médico-sociale ?* ». Cette unité est donc pluri professionnelle : médecins, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales et éducateurs. Chacun concourt à articuler au mieux le projet de vie du patient et le projet thérapeutique afin qu'il y ait le moins de décalage possible entre les deux.

### Luc Hossepied

*Dr Lernout, pensez-vous que l'assistante sociale a trouvé sa place à cet étage-là de l'hôpital ?*

### Dr Philippe Lernout

Il nous fallait une assistante sociale dans le service. Concernant le thème de la journée, nous avons concentré tous les problèmes qui sont évoqués depuis ce matin dans une seule unité d'hospitalisation. Il fallait confronter les cultures différentes. En fait, on se heurtait à ce que disait Mme Fournier : il y a des gens pour qui on souhaiterait une sortie et cette sortie n'aboutit pas ou lorsqu'elle aboutit, elle échoue au bout de quelque temps. Dans cette unité, sont hospitalisés des gens dont on pense qu'ils pourraient ne plus l'être mais qui sont déjà allés dans un foyer de vie et qui s'y sont déjà cassé la figure. On les reprend et on essaie de mieux les préparer. Le diagnostic était que, probablement, la vie hospitalière telle qu'elle était chez nous ne préparait pas bien à la vie de résidence dans un foyer telle qu'elle est proposée actuellement dans le département. Il fallait essayer d'atténuer l'écart. Pour ça, nous avons pensé que l'on aurait besoin de la présence d'éducateurs qui étaient plus dans la culture de leurs collègues des foyers de vie. Nous avons voulu recréer une vie dans cette unité qui en soit plus proche. Cela revenait à s'interroger sur les différences entre l'hôpital et le foyer de vie. Ce qui, pour beaucoup, paraît évident mais qui pose question, parce qu'il y a beaucoup d'hôpitaux où l'on ne fait plus grand-chose. En tout cas, dans mon service, il y avait des endroits où l'on ne faisait pas grand-chose et on ne pouvait pas revendiquer un soin actif, intensif continu. Pourtant dès que les gens entrent, ils disent « *c'est l'hôpital* ».

Je me suis souvent posé la question : qu'est-ce qui fait que l'on dit que cette unité, c'est l'hôpital, alors que le foyer y ressemble beaucoup aussi (parce que les architectes font la même chose partout) ? Est-ce que c'est vraiment si différent que ça ? En fait, il y a des différences.

### Luc Hossepied

*L'hôpital n'est pourtant pas un lieu de vie, le foyer n'est pas un lieu de soins.*

### Dr Philippe Lernout

Oui, il y a des gens qui disent ça. Pour ce qui concerne les patients que l'on a regroupés à l'UPS, notre diagnostic c'est que l'hôpital ne sera pas leur lieu de vie. Je pense - et je ne suis probablement pas le seul - que pour certaines pathologies, certains malades graves, l'hôpital, qu'on le veuille ou non, restera le lieu de vie pour de longues années. Là, nous sommes face à des patients difficiles mais qui ont un espoir de sortir. En général, du fait de leur psychose (parce que la plupart sont psychotiques), ils ont des difficultés de relations avec le corps des autres, avec le bien des autres, avec leurs pulsions... Ce sont parfois des gens violents, voleurs, qui ont des relations inadaptées sur le plan sexuel avec leurs voisins... Dans les foyers de vie, c'est quelque fois très difficile à gérer. Parfois, il suffit d'insister, de créer une ambiance favorable pour que ce type de comportements s'atténue. Il y a aussi le fait que parfois on essaie une, deux fois, puis la troisième fois, ça va marcher. On parle beaucoup, depuis ce matin, de diagnostic partagé. Nous organisons des réunions avec les foyers de vie, pas assez souvent, c'est vrai, on ne parle pas assez souvent ensemble. Mais ce sur quoi nous sommes à peu près d'accord, en tout cas avec ceux qui ont l'habitude d'accueillir des malades mentaux, c'est que l'évolution d'un patient résidant dans un foyer de vie est souvent surprenante. Et les foyers ont réalisé de vrais miracles. J'avais des malades que j'aurais volontiers qualifiés d'incurables, qui sont maintenant en foyer de vie depuis de longues années. Et on n'a rien compris ! Ni le foyer de vie, ni nous ! Mais on a essayé et ça a marché. Il faut vraiment réfléchir, bien gérer notre affaire mais il faut aussi laisser une part comme ça à des surprises. Et il arrive que l'on soit quelques fois très surpris !

### Luc Hossepied

*Quand pensez à la sortie quand un patient entre ?*

### Dr Philippe Lernout

Dès l'arrivée. Ce n'est pas que l'on soit très prévoyant, c'est que l'on est dans la hantise de la sur occupation et du manque de places. C'est plus qu'une crise puisque ça dure et ne cesse de s'aggraver : on n'a pas assez de places, pas assez de solutions. La panoplie s'est élargie (on fait de plus en plus de choses) mais on nous demande de faire toujours davantage. Le problème dans notre établissement, nous disposons de 250 places pour 4 ou 5 secteurs. Ce serait suffisant

si on était dans un monde parfait mais il se trouve que, dans la Somme, le monde n'est pas tout à fait parfait. On a des soucis. Les patients dont on parle ici à l'UPS, il y en a pour qui l'hospitalisation a déjà été longue. On ne s'occupe pas de toutes les orientations vers les foyers de vie. On intervient que pour celles qui s'avéreront très difficiles. Nous avons le projet de suivre les patients après leur sortie vers les foyers et de constituer des équipes de liaison dédiées à ce travail (ce que l'on faisait par le passé). Maintenant, il faut que l'on arrive à être plus nombreux sur le terrain. Les foyers de vie attendent beaucoup de nous, et à juste titre, puisqu'on leur en demande énormément aussi. L'idée est de constituer une équipe de liaison qui soit présente à la fois pour le soin et pour échanger sur « comment vivre ensemble ? », ce vaste projet de prendre en charge les handicapés psychiques autrement qu'à l'hôpital. Il faut garantir au patient un lieu de vie distinct du lieu de soin qui n'est qu'un lieu de passage (au moins dans l'idéal).

### Luc Hossepied

*C'est une histoire de moyens. Et l'avenir ?*

### Dr Philippe Lernout

J'ai été ébahi de voir une dame de la Ddass qui parlait avec un élu que j'aimerais bien féliciter...

### Luc Hossepied

*Ils ont parlé côte à côte, ils n'ont pas parlé tout à fait ensemble...*

### Dr Philippe Lernout

Oui, mais déjà ils étaient dans la même pièce. Je ne sais pas s'il y a beaucoup d'élus de la Somme ici ! C'est difficile ! Tout à l'heure vous demandiez pourquoi il faut des assistantes sociales : le social et le politique, ça devient extrêmement compliqué, c'est vraiment devenu un métier à part. Je me souviens dans le temps, quand on arrivait à l'hôpital, en quelques mois, on avait compris comment ça marchait, on avait le temps de réfléchir, et on envoyait les gens au CAT que l'on connaissait... Tout cela n'était pas dramatique. Maintenant, c'est très tendu. Et puis, il y a une nouvelle circulaire qui va tomber l'année prochaine et modifier l'organisation, il faudra faire d'autres démarches. C'est compliqué ! Donc, nous avons des professionnels qui sont nos interlocuteurs avec les autres professionnels du médico-social. Ce matin, j'ai entendu qu'il fallait séparer complètement les choses : j'ai presque cru comprendre qu'il ne fallait pas d'assistante sociale dans les équipes de santé mentale ou les équipes psychiatriques. Je ne suis pas d'accord. Si vous voulez vous payer de face tous les psychiatres et les soignants sans interprète, je pense que ça ne marchera pas ; c'est quand même mieux d'avoir du lien, du liant. Mme Fournier va dans les foyers de vie, elle voit les gens, elle les connaît et quand on commet une erreur, elle essaie de rattraper le coup ! C'est utile !

## Luc Hossepied

*Delphine Fournier, votre métier a changé par rapport à votre début de carrière ?*

## Delphine Fournier

J'ai eu mon diplôme, puis j'ai débuté ma carrière en psychiatrie. La psychiatrie a évolué. Dans ma pratique quotidienne, j'ai l'impression que notre public - les personnes qui souffrent de troubles mentaux - se trouve de plus en plus en concurrence avec d'autres publics à l'extérieur. Et la tentation peut être forte de s'occuper des situations les plus simples. Or les personnes à qui nous avons affaire ne sont pas forcément les plus simples parce qu'il s'agit d'un public exigeant, qui demande du temps, beaucoup d'entretiens, beaucoup d'écoute.

M. Lernout le disait: je pense à la sortie dès l'hospitalisation de la personne. Très vite, on s'interroge sur les possibilités de sortie: « *qu'est-ce qu'il a comme compétences ?* », « *comment peut-on interpellier l'extérieur ? De quelle façon ?* », « *Peut-être cela ne marchera-t-il pas ?* », etc., ce n'est pas grave. On continue. Il faut rester actif. Quand j'entendais M. Ethuin qui parlait de son expérience, être poussé, « *il faut tenter, vous allez y arriver* », c'est quelque chose qu'il faut avoir à l'esprit en permanence.

## Luc Hossepied

*Merci Dr Lernout d'avoir rendu hommage à vos équipes en leur disant : parfois il y a des malades sur qui je n'aurais pas misé un euro sur une sortie. Puis finalement, il y a quelque chose de miraculeux qui s'est passé. Cela prouve que la pluridisciplinarité permet de mieux appréhender un patient, ses points forts ou ses points faibles en fonction du regard qu'on lui porte... et de qui on est...*

## Delphine Fournier

Pour les personnes hospitalisées - je parle principalement de l'UPS -, dans chaque équipe il y a des professionnels de métiers différents et aussi des personnalités différentes. M. Ethuin disait: « *quelqu'un m'a dit à un moment donné, c'est bon, vas-y* ». Je me rends compte au quotidien de quelque chose de très fréquent. Il y a quelqu'un à un moment donné dans l'équipe qui y croit, qui croit que c'est possible et qui va mobiliser tout le monde, quelle que soit sa fonction.

## Luc Hossepied

*Dr Philippe Lernout, quel qu'il soit dans le groupe ?*

## Dr Philippe Lernout

Quel qu'il soit, sans doute pas, mais ça ne passe pas par les clivages professionnels. Lorsqu'une équipe travaille ensemble depuis un moment, assez vite les masques tombent. Nous ne sommes pas que professionnels; la personne compte aussi. Je suis psychiatre, chef de service, très attaché à mes fonctions, à ma profession, etc., mais ça ne tient pas très longtemps avec les gens qui travaillent avec moi depuis plus de dix ans. En

psychiatrie, le travail c'est aussi de prendre en compte notre implication subjective et celles des collègues de l'équipe.

## Luc Hossepied

*Qui veut commenter cette expérience ? Et j'invite M. Anquetil à me rejoindre.*

## Une intervention

Nous sommes des familles et nos enfants sont souvent hospitalisés. On peut se poser la question de savoir pourquoi l'hôpital, qui soigne bien nos gens, ne s'en occupe pas aussi bien dans tous les autres secteurs d'activités quotidiennes ? La plupart du temps, on leur donne leurs médicaments, ils voient le psychiatre une demi-heure toutes les semaines, il y a quelques appuis psychologiques tout ça..., mais ils passent leur journée à regarder la télévision, voire à fumer sans autre activité. Donc, en amont de ce que vous faites, est-ce qu'il ne serait pas bien aussi que dans les hôpitaux il y ait des activités ? Ça commence à se mettre en route à l'hôpital du Rouvray avec la possibilité nouvelle de faire du ping-pong, d'aller à la piscine... Si pendant des années, les personnes restent à ne rien faire, après ça va être encore plus difficile de retrouver les gestes du quotidien. On peut envisager quand même que l'hôpital, c'est un hospice, c'est le sens de l'hospice du temps où l'on considérait les patients comme des hôtes. À l'hôpital, il ne faudrait pas seulement soigner les gens mais également en **prendre soin**.

## Dr Philippe Lernout

Sur la question des activités, ce n'est pas nouveau: notre hôpital pour parler d'Amiens, c'est une ferme. Il y a 30 hectares de terrains et il y avait des terres alentours et les malades mentaux travaillaient dès qu'ils pouvaient. On a un peu renoncé à ça. La plupart des malades qui travaillaient à l'hôpital, maintenant sont ouvriers dans les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT, anciennement CAT). Pendant de nombreuses années, on a banni tout ce qui pouvait relever de l'organisation de la vie quotidienne au long cours. A la limite, on a même été dissuasifs pour pousser les gens à aller dehors. « *Vous avez envie de faire de la peinture ? Il y a un club de peinture, il faut aller là-bas* ». On a fait des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) en ville, on a poussé les malades dans les centres socioculturels, etc., mais pour certains ça ne suffit pas.

Il existe d'autres problèmes: les gens qui arrivent à l'hôpital ne sont pas dans la situation d'être tout de suite orientés vers une activité. Ils n'ont pas forcément ce problème-là. L'hôpital aurait à s'occuper aussi de gens qui sont là pour de longues années, et qui ont besoin d'activités pour garder un peu de vie, et faire des choses qui les intéressent. On essaie d'organiser des choses comme ça, mais pendant un temps, on a reculé... Il y a des mouvements de va-et-vient. Quand on a un peu d'ancienneté dans l'établissement, on se souvient qu'il y a eu telle et telle activité. Tiens maintenant, on en reparle, ça revient...

Au-delà de ces histoires institutionnelles, on se heurte à une difficulté : dans les psychoses sévères, l'activité n'est pas évidente. C'est très compliqué pour certains de nos malades de prendre une initiative, de faire les choses. Maintenant, je suis d'accord avec vous, comme famille ou ami, on sait très bien que tel schizophrène par exemple était passionné de peinture ou d'ébénisterie, et qu'il a passé six ans à l'hôpital et qu'on ne lui a jamais proposé cette activité qu'il aimait bien. Ce sont des exemples que l'on a souvent. Nous y sommes attentifs et on a essayé de refaire un centre socioculturel. Il y a des groupes de gens qui essaient... mais c'est difficile de trouver le chemin pour tous les patients vers la bonne prise en charge. Un hôpital qui répondrait totalement à tous les besoins de tous les patients, ça ne peut plus exister. Il y a quelques patients effectivement pour lesquels, au niveau des conditions de vie, on n'est pas bon. C'est un peu cela l'origine de l'UPS, ceux qu'on y met, il ne faudrait pas qu'ils aient trop ce type d'activités. Parce que si la vie est douce et belle à Pinel, ils ne vont plus aller dans les foyers de vie. A l'hôpital, on ne fait pas son lit, on ne met pas la table, on ne balaie pas... On est plus exigeant quand on est au foyer, parce qu'on est chez soi. Par rapport au logement, c'est un logement particulier. Par rapport au domicile, c'est un peu particulier aussi. Mais ce que j'ai remarqué, c'est que mes malades très déficients, ou très malades, quand ils vont de l'hôpital vers un foyer, ils sortent, ils n'ont pas l'impression de rester dans le même système. J'ai du mal à rendre compte théoriquement de cette différence entre foyer et hôpital, mais je m'aperçois que pour eux c'est évident. C'est intéressant, parce qu'en plus ils ont l'air contents de partir. C'est pour cela que l'on s'engage là-dedans. Dans les foyers de vie, retrouvant les mêmes malades, ils vont retrouver ce problème des activités. Dans les foyers de vie, il y a des activités proposées mais est-ce que tout le monde les suit tout le temps ? Ce n'est pas certain. C'est difficile de faire la part des choses.

### Luc Hossepied

*Une autre question: Docteur Ben Brahim, l'une des chevilles ouvrières de la journée.*

### Dr Carole Ben Brahim

On relève assez facilement que l'intervention de l'UPS est intéressante. D'un autre côté, on se posait une question sur les chiffres qui sont donnés, notamment 27 sorties en 4 ans. Cela donne entre 6 et 7 sorties par an. Est-ce qu'il y a du très long terme chez vous ? Est-ce que le projet par lui-même de l'unité ne montre pas certaines limites ?

### Dr Philippe Lernout

Il y a des limites qui sont liées à la sur occupation de l'établissement. On n'arrive pas à avoir à l'UPS tous les gens qui relèveraient de ce type de projet. Il se trouve que l'on a, par ailleurs, d'autres patients un peu différents, et je dirais qui ne rentrent pas dans le compte. Mais je vous ai expliqué : ce sont des gens qui ont déjà échoué deux, trois fois. Donc, ça ne va pas se faire du jour au lendemain. Dans notre projet

rêvé et idéal, on se donne six mois. On réévalue et à ce moment-là, le patient retourne dans son secteur s'il n'a pas réussi à progresser. On avait mis la barre assez haute. Le rythme aussi c'est le rythme des places qui se libèrent dehors. Il faut arriver à une bonne coïncidence entre les deux.

### Delphine Fournier

Ce que je voulais ajouter par rapport aux chiffres : il s'agit de 27 sorties sur l'Unité de Préparation à la Sortie, sans retour à l'hospitalisation parce que ce sont des sorties qui ont été pérennes, qui ont duré sur ces années-là. Le travail mené à l'UPS a des effets sur l'ensemble de l'hôpital, dans les contacts que l'on peut avoir avec les foyers de vie, par exemple, ce qui a eu des répercussions sur l'ensemble de l'hôpital. Alors, on n'a pas compté le nombre de sorties - parce qu'on n'avait pas envie de le faire - qui ont pu avoir lieu sur l'ensemble de l'hôpital, mais ça a dépassé le cadre de l'UPS. Le fait de bien connaître les structures, la vie des établissements, leur projet, les places vacantes, les difficultés dans lesquelles ils se trouvent par moments... et de pouvoir renvoyer les informations à l'ensemble de l'équipe sociale de l'hôpital a permis d'accentuer tout ce travail-là. Ainsi que l'a évoqué M. Lernout, il s'agit des patients qui avaient multiplié les échecs en structure médico-sociale et qui se trouvaient en grande difficulté par rapport à de nouveaux essais. Le travail de réamorcer l'idée de penser à la sortie, ne se fait pas en trois mois. Il est long.

### Dr Alain Gouiffès

Je voudrais repréciser quelques notions débattues ce matin et qui ont été reprises cet après-midi. Il s'agit de débats internes à la psychiatrie qui nous divisent professionnellement sur l'organisation hospitalière, sur la place des soins, etc.

L'hôpital est-il un lieu de vie ou un lieu de soins ? Nous avons aussi ces débats-là en interne à Rouen, ils existent partout en France. On ne peut pas accepter qu'il y ait des personnes hospitalisées en psychiatrie pendant des dizaines d'années. Or c'est encore le cas, c'est difficile ! La question est : comment faire ? Que peut-on proposer ? On peut aménager des unités de préparation à la sortie. C'est quelque chose que l'on a évoqué à Rouen aussi mais qui n'a pas été retenu. Nous avons à trouver d'autres modes d'articulation avec le social, avec la Cité. On peut prendre des risques sur des projets d'hébergement en ville parce que la psychiatrie s'implique et que, s'il y a un problème, il y ait réadmission à l'hôpital pour des séjours dits de rupture. Il y a beaucoup d'idées, de projets comme ça. Ça demande beaucoup d'énergie. Il y a des personnes des directions régionales et des ministères ici, je voudrais leur dire que lorsque des projets se montent comme ça entre la santé, la psychiatrie et le social, il faudrait que les personnes qui s'y engagent ne perdent pas des moyens soignants, ne soient pas plombées en termes de moyens. Je ne sais pas si je suis très clair. Finalement, on se retrouve en « culotte courte », parce que l'on a perdu les lits, on a perdu les moyens tout en ayant des malades difficiles dehors et, en cas de

pépins, on ne peut plus assurer. On peut permettre et admettre que des personnes aux pathologies lourdes soient hospitalisées longtemps à l'hôpital. Bien sûr, c'est légitime. J'aimerais pouvoir le soutenir pour tous les patients, y compris dans le service où je travaille. Je sais que, pour certains, j'aurais du mal et ça m'embête et ça continue de m'embêter parce que je cherche et je ne trouve pas de solutions alternatives avec des partenaires sociaux ou des associations sans leur faire prendre trop de risques non plus. Mais tout séjour hospitalier devrait déboucher sur une préparation à la sortie.

### Luc Hossepied

**M. Bruno Anquetil, conseiller technique régional en soins à la DRASS de Haute-Normandie, vous allez présenter l'expérience d'un SAMSAH...**

### Bruno Anquetil

J'interviens à la fois comme conseiller technique en soins à la DRASS, poste que j'occupe depuis trois mois seulement, et comme ancien directeur de soins sur la psychiatrie, santé publique du Havre. D'abord, je voudrais tenter de préciser la différence entre un Service d'Accompagnement Médico-social de l'Adulte Handicapé (SAMSAH) et un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), j'espère ne pas être trop caricaturale.

- Le SAVS est là pour accompagner les personnes dans les actes de la vie civile et quotidienne afin qu'elles puissent rester à leur domicile, faire leur ménage, leurs courses, leurs démarches administratives, payer leur loyer en temps et en heure, etc.
- Le SAMSAH, c'est la même chose avec, en plus, un accompagnement pour la prise des médicaments, le suivi des consultations, des rendez-vous auprès du CMP de l'hôpital de jour, du CATTP, vérifier qu'il n'y a pas de prise de substances licites ou illicites qui peuvent être contre-indiquées dans certains traitements, etc., et veiller à ce qu'il y ait des entretiens infirmiers d'alerte. Le SAMSAH a une équipe de liaison infirmier psy qui ne se pense pas à la place de l'équipe de liaison, ou de l'extra-hospitalier, mais bien en complément. La psychiatrie au Havre, ce sont 4 secteurs, 4 psychiatres par secteur, c'est une file active de 1000 à 1500 patients par secteur et vous avez 4 ETP d'infirmiers sur l'extra-hospitalier. Donc 4 pour 1000 à 1500 patients! Vous voyez les difficultés que cela peut poser!

Avoir un SAMSAH, donc un service d'aide, qui permet de sortir des gens est une chose essentielle. Quand je suis arrivé dans cet établissement (il y a 4 ans) - je ne viens pas de la psy - j'ai été extraordinairement surpris par la motivation des personnels; le maître mot c'était « confiance ». Il fallait prendre le risque de faire confiance au patient. J'ai vu un certain nombre de patients, de cas qui m'ont été relatés par une association - Côté Cour présente aujourd'hui -, de

patients lourdement déficitaires dont le placement, malgré des hauts et des bas, présente un bilan extrêmement positif.

Il faut oser prendre le risque de leur faire confiance même pour des patients hospitalisés depuis très longtemps. Je rejoins l'idée qu'il faut très vite et très tôt oser parler de la sortie pour les accompagner. Aujourd'hui, les établissements psychiatriques ont un problème de lits. L'avenir, et la solution ne viendra probablement pas de création de lits d'hospitalisation psychiatrique, c'est bien de faire revenir à leurs propres activités les lits qui sont aujourd'hui utilisés de façon inadéquate (le mot n'est pas joli puisque c'est plus la structure hospitalière qui n'est pas adéquate à la prise en charge des patients, que les patients qui eux ne sont jamais inadéquats). Pour l'établissement du Havre, sur 200 lits de psychiatrie, il y a 60 lits qui sont occupés par des patients complètement stabilisés qui relèvent plutôt d'une vie sociale, avec un accompagnement plus ou moins important, ça veut dire entre deux et quatre heures de temps de présence par jour.

### Luc Hossepied

**Faire sortir les patients est donc essentiel ?**

### Bruno Anquetil

Bien sûr, c'est essentiel tant pour l'hôpital que pour les patients, les familles mais aussi l'Etat, pour le coût social. Ayant eu un parcours avant la psychiatrie en médico-social, j'arrive à chausser des lunettes à triples foyers, ce qui n'est pas toujours simple...

### Luc Hossepied

**Comment construire des partenariats efficaces ?**

### Bruno Anquetil

Le SAMSAH, on l'a fait sur l'agglomération du Havre avec une association de familles.

### Luc Hossepied

**Donc revendicative au départ ?**

### Bruno Anquetil

Oui, comme il est légitime qu'elle le soit. Il y avait un besoin, ils l'exprimaient. Sans revenir sur le diagnostic partagé, il faut tenir compte des réalités de terrain, d'un environnement où les textes sortaient qui font qu'aujourd'hui il existe une large palette d'outils que l'on peut utiliser. C'est ce que je voudrais que tout le monde comprenne.

La vraie difficulté, c'est d'arriver à répondre aux appels à projets présentant une complexité importante liée à la rédaction des dossiers, aux circuits et aux temporalités, parce que le temps institutionnel d'un établissement public n'est pas le même que celui d'une association (les conseils d'administration n'ont pas lieu en même temps), etc. Le temps des instances des tutelles d'Etat ne sont pas les mêmes, et il faut arriver à faire converger ces trois temporalités qui sont encore différentes de celle du patient. Pour lui c'est tout de suite, c'est demain qu'il faut sortir.

## Luc Hossepied

*Les associations de patients, y en a-t-il chez vous ?*

## Bruno Anquetil

Oui. Sur l'établissement du Havre, il y a au moins trois grosses associations de patients ou de familles de patients: *Côté Cour*, l'*AHAPS*<sup>7</sup>, la *Ligue Havraise*<sup>8</sup> (pour citer les trois plus importantes). On peut demander à l'association Côté Cour ce qu'ils pensent de la préparation à la sortie.

## Luc Hossepied

*Vous n'avez pas parlé des tutelles ?*

## Bruno Anquetil

Dans le contenu de la négociation, non seulement, on a eu la difficulté de trouver un logement, de maintenir dans le logement (ce sont les deux choses essentielles) mais il faut aussi prendre en compte une difficulté supplémentaire, à savoir d'éviter que la personne qui entre en psychiatrie ne perde son logement. Pour cela il y a tout un travail d'accompagnement, en amont et en aval, pour empêcher qu'elle ne se trouve dans une situation difficile au moment où l'on va préparer la sortie. Et cela se travaille avec les organismes de tutelles, avec les bailleurs privés et sociaux. Ça peut être un peu tendu, j'ai des souvenirs de réunions avec Christine Lefrêche, à l'époque où j'étais de l'autre côté de la passerelle, et où les débats pouvaient être rudes mais toujours respectueux. Il y a une vraie relation de confiance. On peut ne pas être d'accord mais le fait de mettre les choses sur la table et d'en parler, on a déjà fait plus des trois quarts du chemin. Il est indispensable de réaliser ce travail de mise en confiance avec les tutelles pour pouvoir avancer efficacement sur les projets.

## Luc Hossepied

*Dans son témoignage, M. Ethuin nous dit qu'il a dû jouer à cache cache avec ses tutelles...*

## Bruno Anquetil

Oui, c'est ce que j'évoquais avec les temporalités différentes. Les rythmes sont différents, et quand l'un est prêt, l'autre ne l'est pas et quand deux sont prêts, c'est le troisième qui n'est plus là. C'est la leçon que je retiens maintenant que je suis du côté de l'Etat: faire en sorte que ces temporalités se rapprochent. Je reprends à mon compte ce que disait un de mes directeurs il n'y a pas très longtemps: il vaut mieux avoir la culture des solutions que celle des problèmes.

## Luc Hossepied

*Monsieur ?*

## Patrick Planquois

Je suis responsable de Côté Cour, une association de professionnels, d'aide au logement pour les personnes sortant, entre autres, de l'hôpital psychiatrique mais on accueille aussi des personnes qui viennent des CHRS, éventuellement des soins de suite et de

réadaptation, ce qui est une partie un peu innovante de notre activité.

Pour revenir à la question de la confiance, il ne s'agit pas tant de « faire confiance », que d'interroger le cheminement de la pensée du soignant: qu'est-ce qu'un patient psychotique aujourd'hui ? Comment peut-on l'insérer dans la cité en tant que citoyen ?

J'ai découvert que le psychotique pouvait évoluer et je m'étonne que beaucoup de mes collègues, encore aujourd'hui, n'en soient pas totalement convaincus. Effectivement, ils peuvent jouer au ping-pong pendant 30 ans, faire du volley, de la poterie etc., dans le cadre d'ateliers d'ergothérapie. J'en ai connu un qui était à la chorale depuis 25 ans et qui fuguait de temps en temps. J'essayais de comprendre pourquoi il essayait de s'esquiver comme ça. Il m'a répondu « tu sais, ça fait 25 ans que je suis dans la chorale, j'en ai marre ». Il faut avoir cette dimension-là en tête, de comment le temps passe aussi à l'hôpital et comment quelquefois 30 ans après, ils y sont toujours.

Côté cour, propose du logement individuel, en colocation, c'est aussi une maison communautaire et depuis plus récemment une maison relais.

## Luc Hossepied

*Accompagnement, qu'on soit en maison individuelle ou... ?*

## Patrick Planquois

Oui, tout à fait, l'association a été créée en 2001. On s'occupait alors d'une fratrie dont les parents sont décédés à quelques mois d'intervalle. On a souhaité les laisser dans leur habitat familial, dans leur HLM. C'est le seul appartement appartenant au parc public sur plus des 40 que nous gérons.

Si vous le permettez, je reviendrai rapidement sur les propos tenus par Mme Lefrêche et sur le travail que l'on a mis en place, dans le cadre du « pôle insertion logement » pour que les portes des bailleurs publics puissent s'ouvrir un tant soit peu.

Donc, un premier appartement pour maintenir ces trois frères chez eux. Puis, assez rapidement, nous avons ouvert une maison communautaire de six places. Nous avons tout de suite placé les résidents en situation d'être acteurs de leur projet de vie, c'est un atelier de préparation à la sortie. On les a réunis à raison de deux heures par semaine en leur disant: « vous allez bientôt sortir de l'hôpital, vous allez devoir préparer vos repas, faire vos courses, entretenir la maison... ». Trois patients sur six cumulaient presque 30 ans d'hospitalisation. Pour ces trois-là, aucun n'a été réhospitalisé une seule fois. Il y a le niveau individuel, on va surfer sur le niveau individuel et le niveau collectif parce que le groupe constitué est un élément extrêmement fort pour le maintien à domicile de patients qui ont eu, par le passé, des expériences assez difficiles. Soit qu'ils aient détruit des appartements, soit qu'ils aient été exclus des foyers de vie, des CHRS et autres. On a essayé de mettre en place quelque chose qui puisse leur

<sup>7</sup> Association Havraise Action Promotion Sociale (AHAPS), 79 rue Maurice Tronelle 76600 Le Havre. Tél. : 02 35 54 31 47

<sup>8</sup> Ligue Havraise pour l'aide au personne handicapées, 34 rue Gustave Lennier, BP 1202, 76064 Le Havre CEDEX. Tél. : 02 35 42 49 95



redonner un espoir. S'ils étaient là pour en témoigner, l'un d'eux pourrait vous dire ceci « j'ai appris à gérer mes hallucinations, parce que c'est vachement mieux ici qu'à l'hôpital. Et je ne veux surtout pas y retourner ». Ça n'efface pas la maladie, ça peut l'atténuer.

En termes de qualité de vie, il n'y a pas photo par rapport à l'hôpital. En 5/6 ans, on arrive à 50 places, on a encore un projet de maison relais de 10 places, ce qui fera 60 places au total. La maison relais, c'est à peu près le même principe, c'est un principe communautaire avec des réunions de préparation depuis 4 mois. On a travaillé le règlement intérieur avec eux. Il comprend les droits et les devoirs qu'ils peuvent avoir en tant que citoyens, en tant que locataires dans ces maisons relais: apprendre à se protéger collectivement parce qu'individuellement ils sont vulnérables, ils peuvent se faire squatter, introduire à l'intérieur de la maison des personnes qui n'ont pas à y être, qui sont souvent des escrocs, des gens sans scrupule, il faut apprendre au groupe à s'autoréguler, à s'auto protéger dans une certaine mesure. On a une belle maison bourgeoise avec un jardin, en plein centre-ville, et les résidents posent maintenant ce regard amusé « on a l'impression que les gens pensent que l'on est des bourgeois ».

## Luc Hossepied

**Qu'attendez-vous des bailleurs sociaux ?**

### Patrick Planquois

Qu'ils ouvrent leur porte ! Depuis 35 ans de psychiatrie havraise, on a laissé des situations pourrir, des gens dans l'isolement le plus total, dans des conditions de vie, d'hygiène absolument lamentables. Je comprends cela, moi-même si j'étais propriétaire, je n'accepterais pas que l'on dégrade mon appartement de la sorte. Ils ont eu beau téléphoner, écrire, via le procureur ou d'autres institutions, leurs appels sont restés sans réponse. Le pôle insertion logement a permis de se rapprocher des bailleurs sociaux, qui de par leur mission sociale, n'ont aucun intérêt à exclure les gens. Il m'a fallu intervenir pour faire hospitalier d'office trois ou quatre personnes à cause de cela. Je pense, par exemple, à cette dame qui depuis deux ans et demi délirait en plein milieu d'une cage d'escalier, qui jetait son mobilier par la fenêtre, qui a dégradé totalement son appartement et qui est restée sans soin.

Je pense aussi à ce monsieur à la campagne (on n'oublie pas le rural) qui cassait ses murs à l'intérieur à coups de masse et qui hurlait dehors « au secours, au secours, aidez-moi ! ». Et ça a duré six mois et demi ! Aujourd'hui, il est très content, il est hospitalisé, on va lui proposer un appartement dans le cadre de notre association.

Je rejoins Alain Gouiffès sur le fait que travailler à l'extérieur ça à un prix et que ce prix c'est avant tout des ressources humaines. Autant je ne suis pas favorable à ce qu'on réduise encore les lits hospitaliers, parce qu'on les a tellement réduits... il ne faudrait pas aller trop loin, autant je souhaite que l'on puisse favoriser la sortie et maintenir les gens à l'extérieur dans de bonnes conditions.

## Luc Hossepied

**Claude Dognon, merci de nous présenter Archipel.**

### Claude Dognon

**Archipel** est une association loi 1901, de personnes et de moyens au service du handicap psychique et de santé mentale de la Métropole lilloise. Nous sommes une association qui dépend de L'Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise (EPSMAL). La subvention nous est allouée par cet établissement, ce qui nous permet de gérer une centaine d'appartements associatifs, mais également, tout le côté socioculturel. Nous subventionnons les CATTP, les différents ateliers, l'animation. Il existe encore un certain nombre d'activités au sein des structures de soins. Elles sont peut-être réduites mais c'est surtout à cause du manque d'effectif soignant, il ne faut pas l'oublier.

La gestion des appartements n'est pas si évidente. Ils sont situés dans l'agglomération lilloise, et notamment à Roubaix. Nous travaillons avec des bailleurs sociaux, en essayant d'avoir une relation très forte et intéressante avec eux, de répondre à leurs demandes et à leurs questions. Je pense qu'on les a entendus tout à l'heure, ils nous demandent des choses bien claires, c'est-à-dire de savoir à qui s'adresser en cas de difficultés. Nous travaillons également avec les bailleurs privés, ceux-ci nous sollicitent pour la location d'appartements et de maisons. Nous sommes très vigilants vis-à-vis d'eux. L'état des lieux est fait par un huissier afin d'avoir le moins de soucis possibles lorsque nous quittons l'appartement car en cas de dégradations, la charge en revient très souvent à l'association.

## Luc Hossepied

**Est-ce que c'est courant, les propriétaires privés ?**

### Claude Dognon

Il y en a pas mal. Ce ne sont pas des marchands de sommeil, nous sommes attentifs. Par exemple, un propriétaire est venu nous voir; la maison qu'il nous proposait possédait 4 chambres, pour 4 résidents donc. Je suis allé la visiter et j'ai demandé au propriétaire de faire installer un lavabo dans chaque chambre (il n'y avait qu'une salle de bains commune). Il n'était pas d'accord, nous avons refusé de prendre cette maison. Je pense qu'il nous faut être exigeants. Il est revenu sur sa décision et a fait poser un lavabo dans chacune des chambres. Après quelque temps, il est venu nous proposer de louer une autre maison. L'association apporte des garanties: le paiement du loyer, chaque mois, la sécurité. C'est associatif mais les résidents sont suivis médicalement. Je me dois d'apporter une précision entre le thérapeutique et l'associatif: il faut bien distinguer ce qui est de l'ordre du thérapeutique qui dépend de l'établissement. Nous n'avons pas à gérer les appartements thérapeutiques qui doivent être inscrits dans le SROS, etc. L'appartement associatif

est géré par une association. Nous travaillons avec les bailleurs, les tuteurs. Nous faisons l'avance du loyer et nous sommes remboursés. Nous avons aussi négocié avec les assurances. Certains travaux incombent au locataire, le ramonage de la cheminée, par exemple, ce genre de petits détails qui peut nous sortir de l'esprit et pourtant il faut absolument que l'on y pense; il ne faut rien négliger. Nous avons mis en place une visite logistique obligatoire des appartements par des membres bénévoles de l'association. Cela consiste à évaluer les travaux à réaliser dans l'appartement, ceux qui incombent au locataire comme au propriétaire. À chaque fois, on envoie notre évaluation à l'équipe qui doit gérer l'appartement et au propriétaire qui doit réaliser les travaux. On a pris aussi un avocat, car on a eu des petits soucis de remboursements de cautions, etc. Cet avocat est très attentif à nos demandes. Ainsi nous avons récupéré une caution qui ne nous était pas restituée pendant deux ans et demi en une semaine, grâce à lui! Le propriétaire privé a dû avoir un peu peur...

Toujours est-il que l'on prend un certain nombre de garanties, car pour gérer des appartements, on ne peut pas se permettre de faire n'importe quoi, n'importe comment. Il faut absolument que l'on soit crédible. Nous ne sommes pas une agence immobilière, nous ne cherchons pas les appartements. Ce sont les équipes, par le biais des assistantes sociales qui sont en relation avec les bailleurs privés et qui négocient les lieux. Ensuite, nous assumons le soutien logistique des résidences. Je suis à la retraite depuis des années, mais je m'occupe encore de cette association et j'ai travaillé antérieurement à l'EPSMAL de Saint André. La fusion des deux établissements de soins Ulysse Trélat et Lommelet nous propose trois modes de fonctionnement pour la prise en charge des résidents mais pas pour la logistique. Pour Lille, une équipe intersectorielle, pour Roubaix à partir des CMP, pour Villeneuve d'Ascq une équipe de secteur spécifique.

### Luc Hossepied

**Quand on est logé chez vous, est-ce que l'on y reste pour toujours comme dans un appartement traditionnel ?**

### Claude Dognon

Non. Il y a plusieurs types d'appartements et nous proposons plusieurs types de baux. Avec la société Partenord Habitat, nous disposons de deux appartements type hébergement temporaire, qui nous permet une rotation rapide des résidents. Les personnes peuvent y rester un, deux, voire trois mois pour une période d'essai et s'installer ensuite dans le cadre d'un bail glissant. J'ai rencontré une dame de Logiciel tout à l'heure, je lui en ai parlé: on devrait pouvoir négocier aussi des appartements de ce type-là. C'est important que l'on puisse avoir cet outil pour permettre aux personnes de rester un certain temps avant de passer dans le registre des baux glissants. Nous avons toujours à l'esprit le désengagement de l'association. Il est hors de question que l'on suive une

même personne pendant des années et des années. Cela voudrait dire que l'on reproduit ce qui se passe à l'hôpital, ce n'est pas nécessaire. Le passage en appartement associatif c'est un soutien, un outil utile. L'association doit se désengager de façon à ce que la personne puisse reprendre l'appartement à son nom, éventuellement avec un suivi. On a élaboré un contrat résident qui lie le locataire à l'association. Vis-à-vis des bailleurs et propriétaires privés le seul locataire est Archipel. Il y a le bail signé par le président de l'association, le contrat résident, et le projet de soins où nous n'avons rien à voir. Nous ne restons qu'au stade de l'appui logistique

Donc nous avons en charge 120 appartements. Voilà le travail qui se fait autour d'Archipel pour cette partie-là. Car il y a tout le côté socioculturel avec des activités sportives... Il se passe beaucoup de choses dans les établissements même si on a l'impression qu'il ne s'y passe rien. Mais c'est un autre aspect de la question.

### Luc Hossepied

**Nous venons d'entendre trois expériences différentes.**

**Qui veut la parole ?**

### Une intervention

Je voulais rebondir sur la réflexion du Dr Gouiffès tout à l'heure qui disait qu'il n'était plus question que des personnes restent plus de dix ans à l'hôpital. Pensez-vous qu'il est normal que des personnes restent plus de dix ans en accueil d'urgence ? Car il y a des personnes qui, grâce à la collaboration partenariale avec la santé mentale, l'alcoologie, les services de médecine polyvalents, etc., sont tout à fait stabilisées et sont orientées de la maison du handicap vers des foyers occupationnels. Or, pour aller en foyer occupationnel il y a un délai d'attente de 10 à 12 ans! Je ne parle même pas des problématiques de Korsakoff<sup>9</sup> qui sont également stabilisées. Est-ce que c'est maintenant à l'accueil d'urgence de faire de l'hébergement de longue durée pour tous ces publics-là ? Personnellement, je ne pense pas que ce soit mon métier, à moins que l'on me donne un prix de journée de foyer occupationnel, à la limite pourquoi pas!

### M. Westermann

*DRASS du Nord-Pas de Calais*

Votre réponse est bonne. Évidemment que ce n'est pas normal, qu'il aurait mieux valu trouver une solution à cet usager, mais les choses étant ce qu'elles sont, ce n'est pas toujours aussi simple entre le moment où une personne est stabilisée, le moment où une ouverture se fait, est-ce que la personne figure sur les bonnes listes, a été repérée comme étant susceptible d'entrer en structure foyer occupationnel ? Est-ce que les conseils généraux et la Ddass locale sont d'accord sur ce qui relève d'une maison d'accueil spécialisée, d'un foyer médicalisé à temps partiel ? Etc. Vous voyez ce que je veux dire! On ne va pas polémiquer. Sur le fond, vous avez raison, la question est bonne. Et la

<sup>9</sup> Syndrome se caractérisant par une amnésie (perte de mémoire), une fabulation et chez les alcooloques par une polynévrite (inflammation des tissus nerveux). Environ 80% des patients atteints de syndrome de Korsakoff, souffre d'un alcoolisme chronique à l'origine de la maladie de Gayet-Wernick (encéphalopathie).

réponse serait: c'est assez étonnant que ça puisse se produire et ce n'est pas normal.

### Une intervention

Je suis médiatrice sociale chez un bailleur social de Seine-Maritime dans la région dieppoise. Je suis très contente de la journée en termes de réponses, sur ce qui se fait ailleurs. Dans la région dieppoise en termes de partenariats avec les unités psychiatriques, nous en sommes aux balbutiements, mais vu tout ce que j'ai entendu aujourd'hui, je dispose d'axes de travail et j'ai des réponses. Ce que je voulais dire par rapport aux personnes atteintes de troubles psychiatriques, ce que je regrette pour elles (c'est une réflexion toute personnelle que je tire de mon expérience professionnelle): aujourd'hui, la précarité fait peur et j'ai peur que l'on hiérarchise dans la précarité les différents cas précaires. J'interpelle les politiques parce qu'avec la loi DALO (loi du droit au logement opposable du 5 mars 2005) il va falloir accueillir tout le monde, tous les gens mal logés ou non logés.

En termes de logement, d'accompagnement, y aura-t-il des aides supplémentaires ? Est-ce que quand on va arriver en fin d'année, on nous dira: attention, pas trop de demandes dans le cadre du fonds de solidarité logement (FSL), parce que les crédits... attendez l'année prochaine. Est-ce que les personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent attendre ? Aux maires des communes qui assistent aux commissions d'attribution, toujours dans la hiérarchisation, est-ce que l'on va accueillir simplement les gens qui travaillent mais qui, aujourd'hui à cause de la crise du logement, viennent chez les bailleurs sociaux, parce qu'il n'y a pas de réponses ailleurs ? Quelles aides financières ? Est-ce que l'on va pousser les communes à accueillir au moins les 20% de logements sociaux ? Parce que nous, bailleurs, on veut bien accueillir tout le monde, c'est notre rôle. Mais il y a une pénurie, une énorme pénurie de logements.

### Jean-Claude Westermann

Vous avez soulevé une vraie question: la mise en œuvre de cette loi génèreuse du droit opposable au logement qui, aujourd'hui, exige la mise en place de moyens, de procédures nouvelles. C'est le même ministère: les directions de l'administration centrale se rencontrent. Les préfets de département réfléchissent à leur organisation. C'est compliqué! Et malheureusement, la question qui peut se poser: y aura-t-il un fléchage de publics prioritaires ?

Je vais vous dire quelque chose qui n'est pas tout à fait politiquement correct au sens administratif du terme: quand un nouveau dispositif se met en place, maintenant, on a la culture du résultat, on essaie de mettre sur le devant de la scène l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs. Il est à craindre que la priorité soit au relogement des personnes les plus facilement relogeables, ce qui n'est pas forcément le cas des publics qui nous intéressent aujourd'hui. Il y a donc là un risque. Comme on sait qu'il y a ce

risque, à nous collectivement, chacun à notre niveau de responsabilité, de savoir que le risque existe et de faire que les personnes qui ont la malchance d'avoir des problèmes de santé mentale, qui souvent aussi cumulent des problèmes de précarité, puissent néanmoins être dans les publics prioritaires parce que, pour eux, il est vital qu'on ne les oublie pas.

Dans le Nord-Pas de Calais, il est reconnu qu'il y a un besoin entre 65 000 et 80 000 logements sociaux, ce qui signifie qu'il y a une liste d'attente épouvantable et que ce n'est pas simple de résoudre ce problème. En Picardie, le chiffre n'est pas le même, mais c'est la même difficulté et je ne doute pas qu'en Haute-Normandie, ce soit aussi la même chose.

### Luc Hossepied

*M. Westermann, on me glisse un petit papier: ne pas oublier de parler du logement des malades mentaux en prison ? Sont-ils à leur place ? Que faire ?*

### Jean-Claude Westermann

La question des personnes malades mentales en prison... quand je fais de l'humour parfois, c'est violent, très violent, mais c'est de l'humour (je me tourne vers les psychiatres en disant ça): une des conséquences de la déchronicisation des malades, c'est qu'on les trouve dans la rue et quand ils font l'âne dans la rue, on les trouve en prison. Malheureusement, cette plaisanterie parfois n'est pas complètement à côté de la plaque, en termes de réalité. C'est vrai! Parfois, on a sans le vouloir tenté l'aventure de faire sortir un certain nombre de personnes d'un milieu qui a tous les défauts mais qui est sécurisant pour ensuite les retrouver à la rue et comme leur comportement n'est pas exempt de reproches notamment d'un point de vue judiciaire, ils finissent par se retrouver en prison. Il y a en prison, des gens qui n'ont rien à y faire, tous les rapports officiels le disent.

### Dr Philippe Lernout

Non! Il y a des rapports qui disent qu'il y a des gens en prison qui n'ont rien à y faire !?!

### Jean-Claude Westermann

Il y a des rapports qui disent qu'il y a des gens qui sont en prison essentiellement parce qu'ils ont commis des actes délictueux mais qu'au départ ils auraient pu éviter d'y être.

### Luc Hossepied

*La réponse aux délits n'est pas adaptée ?*

### Jean-Claude Westermann

C'est un raccourci malencontreux si vous voulez bien. Il y avait tout à l'heure un représentant des services pénitentiaires, avec eux nous travaillons à tenter, là aussi, de trouver une solution, parce que permettez-moi de vous le dire : là, on cumule. Ils sortent à la fois de prison et ils ont un profil psy. Vous vous rendez compte de la difficulté de relogement ! Je vous propose une expérience scientifique : vous prenez 600 personnes que vous placez dans un local où il y a 300 places et après vous envoyez une équipe de santé mentale pour calculer le nombre de malades mentaux...

### Jean Furtos

La question de la surpopulation en prison est une vraie question mais sur ce qu'a dit M. Westermann, il y a un certain nombre de travaux de nos collègues psychiatres des prisons qui montrent, avec une certitude numériquement scientifique, que le profil des prisonniers correspond à peu de chose près - au point de vue sociologique - au profil des gens de la rue en grande précarité. En termes d'instruction, de niveau de vie, de ruptures des liens avec autrui, de pathologies personnelles, il y a une similitude réellement étrange entre les gens en grande précarité et les gens en prison. Certains ont osé dire que la prison, par certains côtés, était un traitement social de la pauvreté. Ça leur appartient. En prison, il y a les mad (les fous), les sad (les tristes, les déprimés, les mal fichus) et les bad (les mauvais, les voyous). Ces trois se côtoient mais les bad, les mauvais, ne sont pas majoritaires.

### Olivier Vilt

*Chef de service CHRS de l'ABEJ (Association Baptiste pour l'Entraide et la Jeunesse de la Métropole lilloise)*  
Pour rebondir sur la réflexion de mon collègue, les personnes atteintes d'un syndrome de Korsakoff, ne sont pas un cas unique. Dans nos établissements, la population est évidemment vieillissante. On ne trouve pas de solutions de sortie adaptées, on a donc des gens qui sont pris en charge depuis 10 ans bientôt et nous n'avons aucune solution de sortie pour ces populations. Quand on fait un cumul de ces publics (vieillissant, malades psychiatriques...) on atteint des chiffres et des proportions assez importantes. En ce qui nous concerne, ils représentent environ 50% de nos résidents, avec une quinzaine de personnes à qui on administre un traitement par injection retard, par exemple, pour la psychiatrie. Pour revenir à votre intervention M. Dognon, je serais intéressé que vous nous fassiez un petit éclairage sur les modalités d'orientation jusqu'à ces appartements : est-ce spécifiquement une entrée par la porte de la psychiatrie ou est-ce que vous acceptez d'être interpellé par les partenaires associatifs ? Pour refaire un bond sur l'intervention du Dr Lernout et de Mme Fournier : quels sont les moyens mis en place pour maintenir les gens dans leur logement ? Je sais qu'il y a une équipe du secteur de psychiatrie G24 (Lille Est), présente ici dans la salle par exemple, qui intervient sur une de

vos maisons. Je souhaitais savoir si le partenariat était engagé uniquement avec la psychiatrie de secteur ou est-ce que vous acceptez les partenaires associatifs ?

### Luc Hossepied

*Et si le propriétaire veut récupérer son bien ?*

### Claude Dognon

Évidemment, c'est spécifique aux gens qui sont à l'EPSM mais on a également signé une convention avec le CHR de Lille pour la gestion de deux appartements, dans le même cadre qu'Archipel. Nous gérons deux appartements pour le CHR et, avec une autre association sur Lille qui s'appelle Intervalle, nous nous occupons également de 8 appartements. Nous nous sommes ouverts à d'autres établissements de santé mentale qui n'avaient pas constitué d'associations. Donc, ils nous ont sollicités pour qu'on leur apporte notre aide et l'éclairage nécessaire à la création d'appartements associatifs dans leurs établissements. Je rappelle qu'Archipel ne cherche pas les appartements, ce sont les équipes de soins. Pour le CHR et Intervalle, la prise en charge des résidents est faite par leurs équipes.

### Luc Hossepied

*... et la fin de contrat avec un propriétaire privé ?*

### Claude Dognon

Nous travaillons avec des propriétaires à Roubaix et Lille depuis un certain nombre d'années. Jusqu'à présent, ils n'ont jamais souhaité reprendre leur appartement.

### Christine Lefrêche

Je voulais répondre aux interventions sur la prise en charge au long cours de personnes avec des handicaps objectivement reconnus dans les CHRS. On a souhaité objectiver cette question au niveau du département de Seine-Maritime. Une étude a été menée dans les CHRS, dans les résidences sociales et les foyers de travailleurs migrants pour évaluer le nombre des personnes qui mériteraient une prise en charge autre dans un lieu de vie médico-social. C'est une réflexion que l'on a menée avec le Département. On a besoin de travailler avec des maisons de retraite ou des foyers de vie pour faciliter l'entrée d'un certain nombre de personnes. Dans l'attente d'avoir des réponses constructives avec l'ensemble de ces partenaires, nous avons pris le parti d'innover. Nous nous sommes adossés à un foyer logement pour essayer de créer une petite unité de stabilisation pour des personnes, comme celles dont vous parliez tout à l'heure, avec des compléments de financements alloués par le conseil général au titre de sa politique sur le handicap. Mixer des financements différents pour voir comment on peut stabiliser, prendre en charge dans un lieu de vie, dans du logement durable, des personnes qui méritent un accompagnement au long cours. Sachant que la perspective est de voir

aussi comment peut être adossée une structure du type SIAD (soins infirmiers à domicile) pour essayer de prendre en compte également la prise en charge sanitaire. C'est une construction progressive mais c'est une réflexion que l'on mène avec le Département autour de ces publics-là.

### Une intervention

Une question me taraude depuis ce matin : à partir de quand considère-t-on un malade mental comme devenant handicapé psychique ? Ou est-ce que, parce que l'on est malade mentale, on est directement considéré comme handicapé psychique ? Personnellement, je suis soignant, j'ai aussi une réponse à apporter à quelques patients que je connais qui perçoivent l'AAH et qui me disent : mais pourquoi j'ai l'AAH ? Je ne suis pas handicapé ! Ils revendiquent leur citoyenneté. Je connais aussi le sujet - pas par rapport au handicap psychique - mais j'ai eu quelqu'un dans ma famille qui était handicapé physique et c'était aussi difficile, lourd à vivre. Je ne sais pas trop pourquoi maintenant on s'embarque sur cette appellation de handicap psychique alors qu'à mon sens, à partir du moment où l'on est malade, on peut espérer la rémission de sa maladie. Quand on est handicapé, il va falloir apprendre à vivre avec.

### Luc Hossepied

**Ça demande une réaction, Dr Lernout ?**

### Dr Philippe Lernout

C'est un questionnement que l'on a tous les jours.

### Une intervention

Depuis une dizaine d'années, on a affaire à des gens qui sont d'anciens travailleurs handicapés qui, aujourd'hui, sont rejetés par le monde économique et qui, du fait de leur inactivité, sont bien souvent exclus du logement, ou d'autres qui refusent des soins. Avec le dispositif RMI (revenu minimum d'insertion) nous rencontrons des gens qui ont un niveau culturel correct mais qui refusent la notion de handicap. Il y a aussi des jeunes, sortant de l'aide sociale à l'enfance, qui parfois refusent toute prise en charge... Tous ces gens qui, aujourd'hui, sont limités entre le problème mental, le problème économique, le problème social, etc., et dont on ne sait que faire... qui sont des gens qui refusent toute délocalisation parce que leur dernier lien est parfois dans la commune ou dans la ville. En tant qu'intervenants sociaux dans le domaine du logement, dans le domaine de l'accompagnement social, de la tutelle, etc., nous sommes totalement démunis. Ce sont des gens qui refusent le soin, qui ne se reconnaissent pas forcément comme handicapés. Même nous, nous sommes inaptes à savoir s'ils sont dans la maladie mentale ou dans autre chose. N'empêche que ces gens-là, on en rencontre de plus en plus depuis une dizaine d'années, peut-être à cause de notre société économique, notre société du travail qui les rejette. Nous n'avons pas de réponse et je n'en attends pas forcément aujourd'hui mais au travers du

thème de la journée : « santé mentale et précarité », nous avons peut-être plus affaire à de la santé psychosociale et certainement à de la précarité...

Enfin, je voulais rebondir sur une chose, soulevée ce matin par M. Ethuin à propos du lien social. Il y a quelques années, on avait encore des financements qui nous permettaient d'intervenir sur du lien social dans des quartiers. Depuis la décentralisation, les partenaires, qu'ils soient municipaux, départementaux, nationaux se rejettent la balle pour savoir qui doit payer. On avait une cité de la promotion familiale où l'on gérait 60 familles et où il y avait 60 personnes handicapées. Aujourd'hui, il n'y a plus personne. Il reste des gens qui sont complètement déboussolés, parce qu'ils ont été habitués - de notre faute ou de celle des financeurs (il faut savoir se remettre en cause aussi) - à être trop assistés, mais cette situation pose indéniablement tout le problème du lien. C'est seulement une remarque.

### Luc Hossepied

**M. Ethuin, en tant que président de l'association Nord Mentalités, vous êtes satisfait de cette rencontre ?**

### Claude Ethuin

C'est vrai, je suis satisfait de cette journée qui a permis un échange intéressant. Lorsqu'on parle de rupture du lien social, c'est évident qu'il s'agit de cela. Je dirai toujours qu'il ne faut pas abandonner les gens. Parfois, ce n'est peut-être pas un problème de santé mentale mais un problème de mal-être dont souffre une personne. La reconnaissance du handicap, utile pour pouvoir manger, avoir le nécessaire, stigmatise aussi la personne et il devient alors difficile pour elle d'accéder au logement, à l'emploi. Mais c'est la société aussi qui produit ça. Aujourd'hui, il y a moins de solidarité entre les gens, on s'entraide moins. La première aide que l'on peut apporter, c'est le soutien entre nous. C'est d'abord le rôle des municipalités, elles sont les premières concernées, le maire a l'obligation de maintenir sa population dans les meilleures conditions. Il reste des efforts à faire pour protéger cette population fragile qu'il ne faut pas mettre à l'écart.

### Luc Hossepied

**Ne jamais laisser tomber quelqu'un. Merci beaucoup.**

## Luc Hossepied

*Docteur Furtos, vous avez la lourde charge de nous interpeller sur ce qui a été dit, bien dit, mal dit, non dit, de nous pousser à aller plus loin, pour que cette journée permette la multiplication de bonnes pratiques*

*Monsieur Furtos, directeur scientifique de l'Onsmp-Orspere. Merci de nous expliquer ce qu'est l'Orspere ?*

## Jean Furtos

En ce qui concerne l'Orspere, tout a commencé par le refus de baisser les bras devant des situations inédites de la part de certains praticiens de terrain, infirmiers en psychiatrie, psychiatres, travailleurs sociaux. Après avoir organisé le premier congrès national sur ce thème, en 1994 (*Devoirs et limites de la psychiatrie de secteur face à la déqualification sociales*), qui a été, en fait, le premier colloque de langue française sur ce thème, nous avons fondé l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion, à Lyon. Puis nous avons été « adoptés » par la DGAS en 1999 puis par la DGS, en 2001. L'Orspere est donc devenu, à la demande des ministères, l'Observatoire National sur les Pratiques en Santé Mentale et Précarité, ONSMP; mais nous avons tout de même gardé notre petit nom et nous sommes connus comme Orspere. Nous sommes hébergés par et sur le site du centre hospitalier Le Vinatier à Lyon-Bron.

## Luc Hossepied

*Vous êtes l'un des coorganisateur de cette journée aussi.*

## Jean Furtos

Oui, nous y participons activement au titre du plan santé mentale, mais il faut reconnaître que les trois DRASS de Haute-Normandie, de Picardie, et du Nord-Pas de Calais ont été les vrais organisateurs de cette journée.

Mesdames et Messieurs les directeurs, Mesdames et Messieurs les élus, Mesdames et Messieurs et cher(e)s collègues,

Vous voyez, j'y mets les formes parce que c'est important: chacun d'entre nous, décideurs de l'État, élus, présidents d'associations, usagers, professionnels, sommes là au titre de nos missions et de notre citoyenneté particulière. C'est pour cela qu'en commençant cette intervention, j'ai voulu rappeler que nous sommes là de la place qui est la nôtre.

Pour commencer, je voudrais que l'on regarde précisément cette image, emblématique de la journée, fort bien choisie, où nous voyons la tête d'un homme qui est peut-être fou; cette espèce de bonnet peut renvoyer à ce qui caractérisait la folie autrefois. En tout cas, il est seul, il grince des dents: il n'y a personne dans ce paysage. Ce paysage n'est pas habité. De grands immeubles sans âme ne laissent

apparaître aucune trace de vie, et pas davantage les champs qui sont devant. Une question se pose alors, nous qui savons que nous sommes dans une société des individus: comment est-il devenu possible que « l'individu » isolé qui, en lui-même, n'est ni bien ni mal mais, au fond, une évolution anthropologique de la modernité, soit devenu la possibilité d'un atome sans molécules, un être seul et atomisé qui ne puisse plus habiter l'espace de la nature, l'espace social, l'espace public ? Cette question sur l'habiter ouvre bien évidemment sur la question du logement.

Mais, puisque cette rencontre est une journée santé mentale-précarité, il n'est sans doute pas inutile que je dise quelques mots sur ce qu'est la précarité. La précarité n'est pas la pauvreté, bien que souvent on identifie l'une à l'autre et qu'elles soient liées. Quand on parle de la précarité sociale, on parle souvent des plus pauvres, mais on sait qu'il y a des sociétés pauvres qui ne sont pas précaires et on sait qu'il y a des gens qui ne sont pas pauvres, des cadres supérieurs ou autres, qui se sentent très précaires et en présentent en tous cas tous les effets psychiques. Nous sommes là dans l'une des caractéristiques de la seconde modernité, la société du risque, celle où nous vivons.

Qu'est-ce alors que la précarité ? Il existe d'abord, il convient de ne pas l'oublier, une précarité ordinaire, le fait de savoir que seul nous ne pouvons rien, que nous ne connaissons pas l'avenir, que nous sommes fragiles et vulnérables. Cette précarité ordinaire soutient dès le début de la vie, sans jamais s'arrêter, la construction d'une triple confiance: **la confiance en autrui**, « s'il y a quelqu'un qui me secoure en cas de détresse, c'est que je peux lui faire confiance », **la confiance en soi** « si on m'aide, c'est que je vauds quelque chose », et **la confiance dans l'avenir** « si demain, le monde se dérobe, il y aura toujours des autres pour m'aider et moi j'aiderai les autres ». Ainsi la précarité ordinaire est-elle normalement productrice de confiance, avec bien sûr, ses aléas. Mais nous voyons apparaître déjà depuis quelques années - au moins une vingtaine d'années sur le plan de la prise de conscience - une mauvaise précarité qui coupe la confiance: perte de la confiance en autrui, l'autre devient un loup pour l'homme, l'autre est dangereux pour moi, je n'ai plus confiance en moi, je suis déprimé, je disparaîs, et partant, il y a une perte de confiance en l'avenir qui devient une catastrophe annoncée. L'écologie même devient un problème, et peut-être que, pour certains, il n'y a même plus d'avenir: *no future*, tout est perdu. Pour qualifier cet état, **Olivier Douville** a parlé de la *mélancolisation du monde*.

Lorsque j'ai commencé à m'intéresser à la précarité, à partir de 1993, on parlait beaucoup d'exclusion, ce qui est tout à fait juste, car si je ne suis pas reconnu comme digne d'être aidé dans ma situation « normale » et conjoncturelle de précarité, et si je vais mal, cela veut dire que je suis exclu, que je ne fais plus partie de la communauté des humains dans mon groupe d'appartenance. La précarité et l'exclusion sont donc intimement liées. Il y a toujours le risque

de ne plus se sentir reconnu, un mixte d'objectivité et de subjectivité. A cette époque, on parlait essentiellement du chômage, c'est-à-dire de la perte de l'emploi, cet objet social d'inter-reconnaissance de valeurs, monnayé sur le plan financier. **Mais depuis une dizaine d'années, on parle d'abord et surtout des SDF, paradigme de l'exclusion qui passe par la perte du logement.** Comme si l'on avait accepté - au moins en France - le chômage structurel, et alors, ce qui vient juste après, c'est la peur d'être sans abri, démuné à l'extrême de ses droits.

Avant les dernières élections présidentielles, l'association Emmaüs a sorti une recherche (je n'ai pas vu comment ils l'ont faite) qui affirme que 50 % des Français ont peur de devenir SDF. La peur de notre époque n'est plus celle de la folie mais celle de l'exclusion qui passe par la précarité. C'est à savoir : dans cette société à forte précarisation sociale et psychologique, nous ne savons plus si nous allons continuer à être reconnus comme un parmi d'autres, avec le droit d'avoir une place dans un espace imparti et nous nous retrouvons du coup face à l'image de cet homme isolé et grinçant que je commentais en commençant. Du coup, on observe des pathologies de l'isolement, beaucoup plus importantes sur le plan de la santé mentale que les pathologies de la violence, qui existent cependant, comme l'arbre cache la forêt. La violence, comme l'isolement, est d'ailleurs toujours connotée sous l'aspect de la persécution : l'autre est dangereux, je suis dangereux pour l'autre, c'est l'autre qui représente le danger primordial, c'est-à-dire une partie de moi dont je me désapproprie, ce qui m'appauvrit.

À ce point, il convient de différencier **le logement et l'hébergement**. Le logement est à soi (en principe) ou pour soi, alors que l'hébergement social comporte une notion d'éphémère accueil. Mais dans tous les cas, il est question d'habiter ou pas. Habiter, qu'est-ce que ça veut dire ? Habiter, c'est mettre de soi là où on loge, là où on est hébergé (si cela est autorisé) : mettre son narcissisme, sa sexualité, le transgénérationnel (photos des grands-parents, des parents, des enfants...), c'est la possibilité de recevoir. Habiter, c'est à la fois s'habiter soi-même et habiter un lieu.

On l'a bien vu avec les Don Quichotte quand, sous la pression du collectif, on a mis dans des hôtels un certain nombre de personnes dont toutes ne le demandaient pas, certaines ont décompensé sur le plan psychiatrique quand on les a hébergés de force. Parce que la question d'habiter est une question difficile. Il m'est arrivé, ces dix dernières années, deux fois - en travaillant avec une association - de donner comme indication de remettre à la rue quelqu'un à qui on avait procuré un logement, même en l'accompagnant ; et cela pour le protéger de la destructivité. Il y a parfois, dans la vie de certaines personnes (évidemment, il ne faut pas développer ça outre mesure) des moments où ils ne peuvent plus habiter « un intérieur ».

Pour ce qui est de la question de « la trajectoire et du partenariat » qui constitue le sous-titre de cette journée,

on retrouve les notions de « travailler ensemble », entre professionnels de plusieurs institutions et de « prendre le temps », dans une perspective dynamique où le meilleur et l'idéal ne sont pas réalisables d'emblée, ce qui inclut des expériences de déception. Je parlerai plus loin de la patience et de l'insatisfaction normales en ce domaine, d'un malaise qui aide à continuer.

Le fait de bouger, d'avoir une trajectoire, revêt aussi une autre signification. Je m'appuie sur la pensée de **Christian Laval**, sociologue de l'Orspere, qui, parlant de mondialisation, s'exprimait ainsi : « à notre époque, tout le monde bouge. Pourquoi ceux qui ont une pathologie mentale ou (et) qui sont en grande précarité n'auraient-ils pas, eux aussi, le désir de bouger ? ». C'est un fait que l'idéal de la stabilité villageoise est mis à mal : on ne reste pas dans un lieu toute sa vie, on bouge si on le peut, ce qui n'est pas forcément l'errance. L'une des idées qui sous-tend le fait de trouver un logement, de suivre une trajectoire, n'est-ce pas qu' « il y a un ailleurs désirable, pour moi comme pour les autres ? ». C'était au fond ce que sous-entendait ce matin, M. Hossepied lorsqu'il interrogeait : « est-ce que, s'il est trop bien dans cette maison relais, ça ne risque pas d'être un cul-de-sac ? ». C'est une pensée tout à fait mondialiste : on n'est plus à vie dans sa maison, même si on y est bien, et même si on est mal, il doit y avoir un ailleurs désirable. Que l' « ailleurs » soit souvent impossible dans les situations les plus vulnérables devient d'autant plus térébrant pour cette raison.

Il n'en reste pas moins vrai que le « chez soi » est fondamental. Dans certaines situations, aller rencontrer les gens qui vont mal chez eux est important. En dehors de mon métier de psychiatre de secteur, dans le cadre de ce qu'autorise mon statut, j'ai travaillé pendant 23 ans dans une association pratiquant l'hospitalisation à domicile dans l'Est lyonnais. J'ai adoré. C'est cette expérience qui m'a formé, entre autres choses. J'ai constaté, atterré, que toutes les expériences anciennes d'hospitalisation à domicile (HAD) en France, dans le 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris ou dans la région lyonnaise ou ailleurs, se sont effondrées progressivement pour des raisons que je n'ai jamais complètement comprises. La loi permet à nouveau de faire de l'HAD, mais de manière très encadrée, un peu trop je trouve. Il ne faut pas s'en priver pour autant. Aller au domicile d'autrui, voir comment il vit concrètement, s'il a des plantes vertes, sur quelle chaise il s'assoit, vous fait asseoir, si les fenêtres sont ouvertes ou fermées... Est-ce que l'on prend le café ? Etc. Ce que l'on appelle les visites à domicile restant intéressantes, mais différentes de l'HAD. Je pense qu'il y avait une sorte de peur d'aller chez autrui, de se démunir d'une partie de ses outils professionnels, d'entrer dans « l'intérieur » de l'autre, qui en plus, peut vous recevoir ou vous virer.

Mais je reprends le fil de la journée.

Concernant le logement, on a beaucoup parlé aujourd'hui du logement ordinaire, surtout avec

l'expérience havraise, cet après-midi, et de logements protégés spécifiques. J'ai été particulièrement intéressé par l'expérience havraise. Un collègue, tout à l'heure, reconnaissait qu'on ne pouvait plus travailler sans les élus. Les élus locaux sont, pour beaucoup, en première ligne de la clinique psychosociale; d'après une étude menée avec certains d'entre eux, ils se posent, en tant qu'élus, la question de leur légitimité en terme de santé mentale. Malgré les difficultés, ils gardent l'ambition de changer le monde par des actions locales grâce auxquelles ils peuvent promouvoir et soutenir les actions des intervenants locaux. On aurait pu travailler toute la journée sur cette expérience. Mme Lefrèche a dit qu'elle restait insatisfaite, ou que l'expérience était insatisfaisante: sûrement, il y a sans doute des leçons à tirer de l'expérience, et une grande ambition est par essence décevante. Mais, le problème quand on commence à travailler autour du lien social, c'est qu'on ne peut jamais être satisfait. C'est comme si le champ s'ouvrait de plus en plus à mesure qu'on avance! Nous sommes satisfaits aujourd'hui si nous ne faisons rien. Si nous voulons être « bien », surtout ne rien faire. C'est-à-dire ne pas changer de cadre: le monde est tel qu'il est, tel qu'il a toujours été, on continue avec ce que l'on a appris, et ceux qui ne rentrent pas dans notre cadre, qu'ils aillent au diable! Si on essaie de voir que le monde change et qu'il faut donc changer non pas les pratiques mais le cadre des pratiques, alors nous sommes essentiellement insatisfaits dans cette période de grande transition qui n'en finit pas. C'est donc un excellent signe de vigilance et de créativité potentielle que de continuer d'être insatisfait dans son travail aujourd'hui.

Je vous demande la permission d'une digression au sujet de l'option de se couper de son malaise professionnel. Je me souviens, un jour, j'allais au self de mon hôpital et je vois un cadre supérieur de santé que je savais être en grande difficulté professionnelle. Or, ce jour-là, il était radieux. Je lui dis « *Monsieur Untel, mais que se passe-t-il ? Vous avez l'air très content ?* ». Il me répond « *oui, j'ai décidé de me fiche de mon travail. Je m'occupe de mes enfants et de mes vacances* ». Ça n'a pas duré longtemps, dieu merci pour lui! Mais à notre époque, il est vrai que l'une des manières de lutter contre le malaise professionnel de tous les métiers, c'est de se blinder et de dire: je fais mon travail, je suis ma formation initiale, et puis c'est marre, je ne m'occupe de rien d'autre.

A l'inverse si l'on accepte d'être dérangé et d'en souffrir, il sera nécessaire de se trouver des « marges de manœuvre »: quelle marge de manœuvre pour ne pas être un simple exécutant (quelqu'un qui ne pense pas), c'est-à-dire quelle forme de transgression (dans le sens d'aller au-delà)? Même les manœuvres ne sont pas de simples exécutants: creuser un trou nécessite de l'intelligence, il y a toujours des branches d'arbres, des cailloux... il faut s'adapter. Pour le travail à la chaîne également, il faut s'adapter en permanence car ça se dérègle en permanence. Cela est vrai *a fortiori* quand on a des responsabilités: si on se considère comme un simple exécutant, sans marges de manœuvre:

- soit cela revient à faire la grève du zèle – c'est-à-dire que l'on fait exactement ce qui est prescrit et cela paralyse le système – ,
- soit on devient un imbécile -ce qui est dommage pour tout le monde – ,
- soit on cherche des marges de manœuvre en alliance avec sa hiérarchie et ses collègues. L'intelligence de l'action s'appuie donc sur le malaise professionnel, mais aussi sur l'éthique du métier: ne pas pouvoir tolérer l'exclusion sans rien faire, mais sans devenir tout puissant.

Je reprends deux points de l'expérience havraise: le décloisonnement, d'une part, c'est-à-dire le partenariat, et, d'autre part, le fait de ne pas se focaliser sur la situation des malades mentaux. En ce qui concerne la grande majorité des personnes qui ont été – ou qui sont – soignées en psychiatrie, privée ou publique, leurs voisins ne connaissent pas leur qualité de patient. Ils sont discrets dans leurs troubles, ou ils disparaissent dans l'anonymat, comme beaucoup, c'est-à-dire qu'ils ne dérangent personne et qu'ils réapparaissent à certains moments. Ce n'est que lorsque la question se pose qu'on se dit: tiens, celui-ci a quelque chose. On peut, certes, savoir des choses qui sont publiques, il y a eu tel ou tel événement, un épisode bruyant, la venue d'une ambulance, qui fait qu'il y a une notoriété de maladie mentale, etc. Il reste que la majorité des patients ne le sont que pour leur médecin, leurs soignants. Il n'est pas inutile de se souvenir que c'est pour certains d'entre eux seulement que la question d'un trouble de voisinage se pose.

Sur la question du travail avec les bailleurs de droit commun, je signale la belle brochure, réalisée par l'Union Sociale de l'Habitat, sur l'accès et le maintien en logement ordinaire dans son rapport avec la santé mentale. C'est très bien, peut-être un peu trop centré sur les pathologies psychiatriques nécessitant une hospitalisation sans consentement, qui sont effectivement des situations très délicates. Un grand nombre de bailleurs en France nous ont alertés sur ce point, nombre d'entre eux ont des médiateurs nommément désignés, ou même par les directeurs, car ils s'intéressent aux troubles du voisinage en rapport avec la précarité. Il y en a aussi qui travaillent en commission avec les villes, les conseils généraux, les secteurs de psychiatrie (ce n'est pas la majorité, mais il y en a plus qu'on ne le croit); et il y a la question de l'accompagnement qui a été soulignée, qui est loin d'être nécessaire pour tout le monde et tout le temps, mais qui est importante.

Sur la question de la transversalité, mon ami Serge Kannas en a parlé ce matin. Je ne vais pas revenir sur son très bel exposé, mais juste dire que s'il y a nécessité de transversalité entre le social, le politique, le sanitaire, les voisins, c'est parce que les symptômes sociaux de la souffrance psychique et des maladies mentales sont transversaux. Il en va de même pour les symptômes sociaux du handicap psychique, c'est celui qui est reconnu actuellement (on en change tous



les 20 ans, ce n'est pas un problème ; il ne faut pas se laisser piéger par les termes). Il faut savoir simplement ce que ça signifie à un moment donné et pourquoi. Il faut aussi savoir que lorsqu'on souffre d'une pathologie psychique grave - on n'est pas forcément un schizophrène - et, à l'inverse, quand on a une pathologie psychique avérée de type schizophrénie, paranoïa, troubles de l'identité sérieuse, etc., on peut avoir, ou pas, des troubles sociaux.

Ces troubles sociaux, je les ai reconnus au fil du temps grâce à des études réalisées avec les intervenants de première ligne. Je les ai reconnus dans les multiples scènes de la précarité psychique et sociale, que l'on soit malade mental ou pas. Celui-ci a les mêmes symptômes que celui-là. Et si ce sujet schizophrène a tel ou tel symptôme social, ce n'est pas nécessairement un symptôme schizophrénique, mais c'est parce qu'il est - comme tout le monde - sensible à l'exclusion et à ses conséquences psychosociales. C'est pourquoi j'insiste beaucoup sur le fait qu'il y a deux types de définition de la santé mentale :

- **il y a la santé mentale conçue comme un synonyme de bonne pratique de la psychiatrie.** C'est vrai pour la MNASM, ou le plan de santé mentale, ou la manière dont le Dr Jean-Luc Roelandt de Lille et beaucoup de psychiatres - ici ou à l'étranger - parlent de santé mentale : cela signifie une psychiatrie citoyenne, une psychiatrie qui prend en compte la prévention, le traitement et la réhabilitation sociale des maladies mentales. Très bien ! rien à dire ! C'est cela la bonne psychiatrie et c'est difficile à faire tout le temps correctement.
- **Mais nous suggérons fortement qu'il y a une autre définition de la santé mentale qui consiste à voir quelles sont les conditions psychosociales favorables et défavorables pour habiter avec soi-même et avec autrui, pour vivre et souffrir sans destructivité mais non pas sans révolte.** A ce niveau de difficulté, les malades mentaux rejoignent certains grands précaires, certains demandeurs d'asile en difficulté, des jeunes en difficulté, des cadres supérieurs ou autres travailleurs qui sont soumis à ce que l'on appelle pudiquement « le stress au travail », etc. Tous ces gens peuvent être affectés d'une souffrance psychique qui permet ou qui empêche de vivre, dans le cadre d'une santé mentale élargie ; l'important n'est plus la folie, mais l'exclusion, que l'on appelle stigmatisation pour les malades mentaux.

L'entrée dans la santé mentale, il y a intérêt à mon avis, à la considérer au sens large. Et je dis aux représentants des familles, UNAFAM (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) et autres, qu'avoir une telle conception n'est pas faire injure à celles et ceux qu'ils aiment et qui ont une pathologie ou un handicap psychique avéré ; c'est, au contraire, les considérer comme des citoyens ordinaires qui, comme d'autres, peuvent avoir tendance à être exclu, à aller

mal, à ne pas pouvoir habiter et à être en difficulté avec eux-mêmes et avec autrui quant au lien social. La précarité et l'exclusion permettent au malade mental de rejoindre le lot commun de ce qui peut arriver à tout un chacun dans une société hyper précarisée et d'hyper excellence.

Les métiers en psy sont des métiers fabuleux, mais c'est non moins intéressant d'observer qu'un grand nombre de métiers non psy sont eux-mêmes intégrés avec brio dans des pratiques de cette entité large d'une santé mentale non réduite à la pathologie mentale nosographique. En tout cas, c'est un point de vue que nous défendons et qui nous paraît, dans son genre, tout à fait déstigmatisant.

Quels sont donc les effets de la souffrance psychique en rapport avec la précarité ? Je vais aller très vite pour décrire ce que j'appelle depuis 1999 d'un néologisme technique : le **syndrome d'auto exclusion**. Il signifie que, plongé dans un environnement excluant, quelle qu'en soit la cause, le sujet humain est capable de s'exclure de lui-même pour ne pas souffrir et ne pas penser, bref, pour vivre une forme de survie à sa manière, ce qui entraîne des effets sociaux transversaux rencontrés dans la pratique de nombre de métiers.

Ces signes sont :

- *Globalement le sujet « disparaît »*, il ne sent plus son corps, n'a plus d'émotions (ou en a de manière excitée), ne pense plus, exactement comme certains psychotiques quand ils vont mal. Cela veut dire que les psychotiques ont eux aussi la capacité de se couper de la sensation, de l'affect et de la pensée comme n'importe quel sujet en situation d'exclusion. Quand ça va mal, quand la souffrance est trop grande, quand l'environnement est excluant, nous avons tous la capacité de « disparaître » pour nous protéger ; quelquefois cela peut durer un court temps de protection, mais, d'autres fois, le clivage et le déni s'installent durablement, avec des effets très coûteux en termes de vie sociale et personnelle.
- *Rupture active du lien social* avec la famille d'où l'on vient, avec celle que l'on a créée, avec les amis, les aidants... On s'en aperçoit particulièrement aux obsèques, quand tous reviennent : on voyait bien la solitude, mais on en ignorait la part activement auto-entretenu. Il s'ensuit une grande prudence pour réunir trop vite les personnes séparées : il s'agit d'une défense à ne pas vouloir éradiquer comme un microbe. D'ailleurs, les antibiotiques, ce n'est pas automatique...
- *Incurie dans l'habitat* ; on appelle quelquefois cela « syndrome de Diogène », ce qui est un mauvais terme, eu égard à la qualité de ce philosophe cynique de la Grèce antique. Là encore, l'intervention demande tout un savoir-faire. Voir le travail de **Valérie Léger** à Aiguillon construction (Rennes) et la thèse de **Nicolas Merygold** (Lyon).

- *Errance*, ce déplacement dont le but est l'évitement: fuir une relation, y penser tout le temps en le fuyant. Et investir les lieux traversés comme une projection des parties de soi.
  - Cela nous introduit au *paradoxe*, qui n'est pas une contradiction. Nous savons que pour demander de l'aide, il faut aller bien dans sa tête, il faut pouvoir penser la perte. On peut souffrir l'enfer et aller suffisamment bien pour demander de l'aide. C'est quand on va le plus mal que l'on demande le moins d'aide, ce qui est paradoxal. Si l'on est psychotique, il y aura la possibilité d'être soigné grâce à une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), mais l'HDT n'est pas pour tous ceux qui récusent l'aide, psychotique ou pas! On peut être dans une situation de grande précarité où la capacité de demande est retardée, voire refusée, et où il faut que quelqu'un demande pour la personne, se porte garant du fait qu'elle a des besoins qu'elle ne peut plus assumer en son nom et peut-être, à certains moments, prendre sur soi, en qualité de soignant ou d'aidant, et dire « *écoutez, je ne peux pas vous laisser comme ça. Je vous propose telle chose* ». Contourner avec respect certains refus, négocier, etc. Il y a d'autres paradoxes comme la réaction thérapeutique négative (Freud): « *Plus on va mal, plus on vous aide et plus on vous aide plus on va mal* ». C'est ce qu'on observe dans la grande exclusion. Il ne faut pas vouloir être trop bon, trop vite, avec ceux qui sont englués dans le syndrome d'auto exclusion. Une chose très importante aussi, qui nous oblige à travailler en réseau: lorsque quelqu'un en grande précarité, qui n'est plus dans la demande, qui se coupe de lui, etc., va faire des confidences sur sa vie intime à son travailleur social (confidences sexuelles, de sévices, de violences...) et quand l'assistant social l'envoie vers le psy, il va lui dire « *je n'ai pas de logement, je n'ai pas de travail* ». Ça s'observe même entre travailleurs sociaux de l'ANPE et travailleur social des maisons de département. À l'ANPE, ils diront « *donnez-moi, un logement ou une pension* » et ils diront « *donnez-moi un travail* » à l'AS du département. Il y a une tendance à ce que j'appelle « l'inversion sémiologique » qui fait que quand on va mal, on vit dans un monde à l'envers, paradoxal. Je ne veux pas le théoriser davantage, mais ce monde à l'envers est très important à reconnaître et à accepter; on a décrit des paradoxes chez les schizophrènes, mais c'est parce qu'ils vont narcissiquement mal qu'ils sont paradoxés. Tous ceux qui vont mal sont en situation paradoxale. **Winnicott** a montré que l'enfant qui grandit est aussi dans une situation paradoxale: car le paradoxe permet d'accepter des situations de passage et de les faire évoluer vers une transitionnalité, si possible créatrice, et, en tous cas, qui permet de sauver les meubles dans des situations extrêmes. Dans ce dernier cas, **René Roussillon** a nommé cela les « *défenses paradoxales* ».
  - Un autre signe, *la perte de la vergogne*, de la bonne honte, celle qui montre que l'on partage certaines valeurs communes avec son groupe d'appartenance.
  - Et puis, le dernier signe, *la mort*: par absence de soins, par incurie; c'est dur de s'occuper de soi quand on est obligé de sortir de soi pour vivre... La mort est une « complication » fréquente du syndrome d'auto-exclusion. Une remarque au passage: il y a, dans le mode de vie moderne, une tendance généralisée à l'incurie qui aboutit à l'usage croissant des soins en urgence. Pour moi, ce n'est pas par hasard que de plus en plus de monde, vous, moi, les gens ordinaires se font soigner en urgence. L'urgence est un signe de précarisation. C'est très curieux cette exacerbation de se faire soigner en urgence. C'est très curieux qu'au travail, on observe une « urgentification » du travail. C'est très curieux qu'en politique, il y ait une « urgentification » du politique exactement comme avec les personnes qui sont en auto-exclusion avancée. Le mécanisme général est le suivant: les personnes qui disparaissent reviennent sous la modalité de l'urgence. Cette modalité d'urgence, c'est une modalité qui est le signe d'une société précaire. Les institutions aussi deviennent précaires, et il est très important que nous apprenions à vivre avec la précarité de notre propre institution pour ne pas entrer dans un syndrome à minima d'auto exclusion!
- Je termine en reprenant sur le plan clinique quelques mots qu'a dit M. Ethuin dans le film; il est toujours très intéressant d'écouter, la vérité n'est pas au fond du puits, mais dans le discours, dans les mots. Il était dit que « *morceau par morceau, on perd tout quand on va mal* ». C'est extraordinairement intéressant parce que cela indique, en effet, que lorsque l'on rentre dans une précarisation de soi-même, quelle qu'en soit la cause, c'est petit à petit que l'on « se perd », du moins, s'il n'y a personne pour aider au tout début... C'est ce que **Pierre Larcher** appelle « *le syndrome du trampoline* ». Quand on saute sur un trampoline, on rebondit, mais s'il y a un endroit qui casse d'un côté, on ne rebondit pas aussi bien. Si un deuxième endroit du trampoline casse, on rebondit encore moins bien et ainsi de suite, jusqu'à ne plus rebondir que par les défenses paradoxales, dans un monde à l'envers d'une manière très coûteuses. Quand les étayages sociaux viennent à nous manquer, petit à petit, quelle qu'en soit la cause (interne, externe, les deux), c'est morceau par morceau que l'on finit par tout perdre. Même en l'absence de demande, c'est donc très précocement qu'il faudrait intervenir; et on comprend qu'il faut beaucoup de temps pour revenir à soi, morceau par morceau. Il ne faut pas être pressé, on ne soigne pas les gens dans l'urgence, mais on peut les aider dans l'urgence.

Dernière chose passionnante: « Une personne, dit le héros du film, s'intéresse à mon cas, elle va pouvoir me convaincre d'un projet de sortie, de viser autre chose ». On comprend bien le rôle de l'autre, le rôle de l'aidant qui, s'intéressant à la personne, pas seulement au niveau de ses symptômes mais au niveau de son projet de vie, (la préoccupation pour autrui), va tenter de la convaincre de reprendre espoir. Cela signifie que l'on porte le malaise de l'autre, et on va porter sa demande, on va lui proposer ce qui permet à la personne une fois qu'elle a rebondi, de dire: on s'est occupé de moi. « Aujourd'hui, je rends la monnaie », c'est-à-dire, je paie ma dette en rentrant moi-même dans le don. C'est cela la vie, on sort de la dette en rentrant dans le don.

On parle beaucoup, en France, de la souffrance psychique des aidants ou de leur malaise ou de leur usure. Vous savez que c'est venu grâce, ou à cause, des bénéficiaires du RMI qui ont été soutenus par des travailleurs sociaux qui souffraient beaucoup de ne pas pouvoir les aider et qui ont fait remonter cette souffrance au niveau de la Délégation Interministérielle à la Ville et au RMI. Ces cris du terrain que les personnes ne pouvaient plus dire en leur nom, ont été portés par des travailleurs sociaux. Ça a donné le rapport **Strohl-Lazarus**, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher » en 1995. En fait, le malaise des intervenants, c'est la manière dont l'intervenant porte un certain temps la souffrance d'autrui, jusqu'à ce que l'autre puisse se réapproprier sa propre souffrance. En même temps, le malaise des intervenants, c'est un malaise éthique: comment aider quelqu'un à avoir un accès au logement quand il n'y a pas assez de logements ? Ce n'est pas que psychique, là, il y a vraiment un problème concret. Comment aider quelqu'un à avoir un travail quand il n'y en a pas, ou pas assez ? Le professionnel s'articule sur le citoyen.

Avant de conclure, il y a eu une polémique aujourd'hui sur les travailleurs sociaux: un secteur de psychiatrie doit-il avoir ou pas des travailleurs sociaux ? Je comprends tout à fait les équipes qui revendiquent de ne pas en avoir. Cela fait partie du mouvement de dé-stigmatisation où l'on dit: pour ne pas stigmatiser les malades mentaux, ils doivent pouvoir se rendre dans les pharmacies où tout le monde va, aller voir un médecin généraliste où tout le monde va, acheter un épicier où tout le monde va..., et donc voir un travailleur social accessible à tous, y compris aux malades mentaux. Si bien que pour ceux qui promeuvent cette politique, c'est une manière de dire: ne confondons pas le travail social et le travail psychique, ce qui est important; mais ça n'empêche pas aussi que, dans les hôpitaux psychiatriques, on puisse avoir des médecins généralistes pour soigner le côté somatique des patients pendant le temps de leur hospitalisation. Cela n'empêche pas non plus, dans le même mouvement, d'avoir des travailleurs sociaux dans l'équipe psy, à condition qu'ils sachent passer la main. Simple, il faut voir que ce sont deux types de logiques qui ont leur cohérence et qui s'opposent cependant.

J'ai repris tout à l'heure la phrase: « une personne s'est intéressée à moi, on s'est occupé de moi, je rends la monnaie aujourd'hui », cela revient à reconnaître l'importance des aidants, même si, évidemment les usagers sont au centre, comme l'on dit; je pense aussi aux bailleurs, aux décideurs politiques, etc. Chacun a sa place pour le bien commun.

Je vais en rester là, sachant que ce que je vous ai dit est extrêmement modeste, un peu imprécis, mais que ça peut peut-être aider à surplomber la problématique.

Je vous remercie.

## Luc Hossepied

*La parole est maintenant à Pierre Larcher, chargé de mission auprès de la Direction Générale des Affaires Sociales, pour évoquer les perspectives rendues possibles grâce à cette rencontre.*

## Dr Pierre Larcher

En 1995, le rapport **Strohl-Lazarus** « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », a fait l'effet d'une bombe en montrant comment la souffrance mentale était présente et forçait à dépasser de très loin les seules maladies mentales.

Dès les premiers Praps, en 2000, il est apparu que la « santé mentale » était un problème ressenti comme prioritaire dans 16 régions sur 23, ce qui d'une part, a suscité de multiples initiatives de terrain et d'autre part, a provoqué de la part des gouvernements successifs une inflation de demandes de rapports, allant tous plus ou moins dans le même sens, pour déboucher finalement sur le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ». Au point 4.4.1. de ce plan: « Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion », étaient prévues plusieurs dispositions dont il a été fait état aujourd'hui:

- L'amélioration et la multiplication d'équipes mobiles de psychiatrie pour aller rencontrer les personnes vulnérables dans les lieux où elles sont ou se rendent spontanément: l'UMAPP de Rouen et Diogène à Lille en ont été les précurseurs, il y en a maintenant plus de 50
- La participation des équipes psychiatriques à la mise en œuvre de lits-halte-soins-santé qui se multiplient sur tout le territoire pour permettre à des personnes dont l'état ne justifie pas une hospitalisation, mais qui ont besoin de garder le lit quelque temps, de le faire alors qu'elles n'en ont pas ou ne pourraient le faire dans de bonnes conditions
- Il était aussi prévu la réalisation et la diffusion d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale: le rôle et la place du travailleur social », qui vient d'être rééditée par le Ministère et peut être demandée à la DICOM (direction de la communication du ministère, ndlr). Vous la connaissez sûrement, vous en aviez dans votre dossier, mais j'en ai apporté quelques exemplaires que j'ai laissés à l'accueil
- Il était également prévu « la diffusion par l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP-ORSPERE) d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri-partenariales adaptées à ces publics ».

La mise en œuvre en a été prévue dans la convention liant l'ONSMP-ORSPERE à l'État, sous la forme d'animation de réunions interrégionales dont la logistique serait assurée par les DRASS et dont nous voyons le premier exemple aujourd'hui. Des retards de versement des subventions ont contraint à ne pas pouvoir les démarrer dès 2005, les calendriers ne permettaient pas d'en monter en 2006, les échéances électorales de 2007 s'en sont mêlées et finalement, cette première réalisation entre trois régions a pu être montée, sur un thème lié au logement qui était lui aussi présent dans le plan « Psychiatrie et santé mentale » et qu'on a vu émerger fortement dans toutes les régions ces dernières années.

C'est une dynamique qui se met en route et qui ne va pas s'arrêter là: dans moins de 15 jours, vous serez suivis par la Bretagne et les Pays de la Loire, en janvier par Rhône-Alpes et l'Auvergne, puis par PACA, Languedoc-Roussillon et Corse et, avant la fin 2008, sera effectuée une synthèse de l'ensemble au cours d'une rencontre nationale.

Ces actions ne resteront pas isolées: les Drass et Ddass vont prochainement recevoir une nouvelle circulaire concernant la mise en œuvre des Praps de 3<sup>ème</sup> génération. Aujourd'hui, les politiques de santé sont définies dans les régions par le Groupement Régional de Santé Publique, en fonction, d'une part, des besoins régionaux et d'autre part, de la déclinaison des plans nationaux, l'État n'est plus que l'un des partenaires, avec les collectivités territoriales, les institutions, les associations, etc. Néanmoins, la loi continue à s'imposer à tous, et les articles 1 et 2 de la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004 sont sans ambiguïté: la prise en compte de la santé des plus vulnérables doit être au cœur de tous les plans déclinés dans le Programme Régional de Santé Publique, et pas seulement du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

C'est pourquoi cette circulaire prévoit une remise en cohérence de l'ensemble, en demandant que soit nommé un « référent santé/précarité régional » dont le rôle principal sera de s'assurer de la bonne application de la loi dans chacun de ces plans pour que s'instaurent toutes les passerelles indispensables, comme on a pu le voir aujourd'hui entre le Praps, la déclinaison du Plan National Santé Environnement, celle du plan Psychiatrie et Santé Mentale et par exemple les plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD).

C'est une nouvelle dynamique qui commence à être bien mise en place dans les régions, et il n'y a aucune raison qu'elle perde les acquis de l'expérience de la configuration précédente. Nous en attendons un renouveau de la prise en compte des plus démunis par l'ensemble des acteurs.

# Témoignage d'utilisateur

## VIDÉO

### Claude Ethuin

Encore une journée qui commence... faire du café, manger, préparer un repas. Ce sont des gestes que l'on a appris à un moment donné dans sa vie. On peut très bien perdre ses habitudes du fait d'avoir été trop longtemps, en ce qui me concerne, à l'hôpital. Donc, je dois réapprendre à me réorganiser; c'est important pour pouvoir vivre normalement, reprendre sa place.

Un logement, ça permet de se poser, de se reconstruire, d'avoir des idées, de reprendre sa place comme citoyen dans la vie. D'évoluer, de continuer sa vie tranquillement. On n'a pas tout, mais on a l'essentiel. Avoir un logement, c'est indispensable. Ça permet de donner un sens à sa vie.

### Le Commentateur

Une matinée ordinaire, au premier étage d'une résidence à Tourcoing, près du parc de l'Yser. Un F2 confortable. Décor banal somme toute. Mais l'appartement représente la fin d'un combat contre la maladie mentale et les préjugés pour Claude Ethuin. Il a 59 ans. Sa vie a basculé il y a 15 ans.

### Claude Ethuin

En 1992, je rentre à l'hôpital où je resterai six ans. Je sortirai en 1998. J'étais marié. Ma femme a demandé le divorce. Ça n'a pas été une bonne affaire puisque, encore une fois, j'ai perdu les territoires affectifs. Morceau par morceau on perd tout. On finit par avoir une attitude de repli sur soi-même. On dit « la vie va bien s'arrêter à un moment donné ». On n'a plus de but, de sens à sa vie...

### Le Commentateur

Pour sortir de ce tunnel, Claude Ethuin a besoin de contacts et de rencontres. Quand les soignants le jugent prêt, ils lui font confiance.

### Claude Ethuin

Ce qui est intéressant, c'est qu'une personne s'intéresse à mon cas, et elle va pouvoir me convaincre d'élaborer des projets, notamment des projets de sortie, à viser autre chose.

Je sors avec le peu d'effets que j'ai et je n'ai pas grand-chose avec moi donc le peu d'effets personnels, c'est un peu de vêtements. Je vais aller dans un centre d'hébergement, un CHRS et là j'ai déposé mes bagages. À ce moment-là, va commencer une histoire de réhabilitation, encore un autre travail, la reconquête de ces territoires que j'ai perdus.

Ça paraît idiot de parler comme ça, mais, à l'époque, j'avais la hantise de faire 10 m dans la rue. Il faut se réapproprier des modes de vie. L'hôpital fait que l'on perd ses notions de vie courante. C'est enfoui dans la personne. Ce n'est pas que je ne savais pas faire la cuisine. On ne sait plus faire les choses. C'est qu'on le fait plus...

### Le commentateur

Le CHRS est une étape nécessaire mais pas suffisante pour retrouver l'autonomie. Claude Ethuin a compris qu'il peut revenir au monde, mais c'est une partie de cache-cache qu'il engage avec son curateur, les marchands de sommeil, et les bailleurs.

### Claude Ethuin

Je suis toujours suivi sur le plan médical, mais je me reconstruis, je me refais la santé du côté de la réhabilitation en allant chercher ce dont j'ai besoin et je monte mon ménage. A 51 ans, je commence à réfléchir comment je dois acheter mon mobilier et viser, bien entendu, encore autre chose de plus satisfaisant.

Le logement c'est la base. Un bailleur peut donner un logement à une personne qui recueille une pension parce qu'elle a un revenu fixe à ce moment-là. Ça lui donne la possibilité de faire des recherches dans un deuxième temps. Elle pourra peut-être retrouver un travail, se refaire une idée de son parcours, avoir des objectifs plus concrets. Si la personne est à l'extérieur, ou bien se tient dans des foyers ou dans le soin, elle n'aura pas cette possibilité de se réhabiliter, de reprendre sa place dans la société.

### Le commentateur

Parce qu'il a gagné le combat du logement individuel et du retour progressif à la vie en société, Claude Ethuin veut faire école. Il crée le groupe d'entraide mutuelle Nord Mentalités.

On y casse les solitudes, on y crée des solidarités, on peut aussi y abattre des préjugés.

### Claude Ethuin

On s'est occupé de moi. Aujourd'hui, je rends la monnaie de la pièce. Ça apporte un réconfort à la personne, à l'individu.

Le logement c'est la base. S'il n'y a pas de logement, vous allez de travers.

### Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- La transformation profonde de la psychiatrie depuis 150 ans
- La naissance et le développement de l'asile (1850-1950) : 120 000 lits
- Le déclin de l'asile (1950-1990): 60 000 lits

### Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- Les conséquences de la désinstitutionnalisation dans la psychiatrie publique :
  - ↳ 80% des traitements s'effectuent en ambulatoire, patients et contexte social
  - ↳ Le transfert de charges est effectué principalement vers les familles
  - ↳ Les ressources sociales nécessaires aux patients sortis ont suffisamment suivi

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- La psychiatrie ambulatoire a effectué une partie du rôle d'accompagnement social manquant au détriment des besoins sanitaires : inadéquations ambulatoires
- Le manque d'accompagnement social et d'hébergement a maintenu 13 000 personnes dans l'hospitalisation un jour donné : inadéquations hospitalières
- Retentissement sur les difficultés d'accès à l'hôpital et aggravation des conditions de travail

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- Le déficit d'expérience des équipes soignantes dans le domaine des réponses médico sociales et sociales : mélange de sur représentation des réponses/structures (MAS, FAM, FO) et de méconnaissance des besoins en hébergement diversifié et de services à la personne

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- L'évolution concomitante des besoins de réponses psychiatrie/santé mentale des secteurs social et médico-social :
  - ↳ Ces secteurs accueillent déjà une partie importante de patients, issus ou non de la psychiatrie, présentant des troubles mentaux
  - ↳ Une partie croissante des populations accueillies est intermédiaire
  - ↳ Cet aspect concerne les enfants, les adultes et les personnes âgées

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- Les politiques publiques:
  - ↳ Lois de mars 2002, de février 2005 (handicap psychique, MDPH et CNSA)
  - ↳ Le plan psychiatrie et santé mentale (axe V)
  - ↳ Le plan de cohésion sociale
  - ↳ La politique de la Ville
  - ↳ Les SROS, les PRIAC, les PRSP, les PRAPS, etc.



## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- Transversalité effective et continue de ces politiques indispensable pour
- Améliorer les réponses aux besoins de logement et d'accompagnement social des personnes handicapées psychiques
- Améliorer les réponses aux besoins de santé mentale des personnes des secteurs social et médico-social

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- Cette transversalité nécessite dans tous les cas :
  - ↳ Un diagnostic partagé
  - ↳ La possibilité de réciprocité
  - ↳ Une évaluation régulière à partir d'indicateurs partagés prenant en compte la satisfaction des usagers et de leurs familles, ainsi que des utilisateurs

## Les enjeux de la transversalité dans les politiques publiques

- Nécessité d'articuler des territoires locaux, de santé, d'action sociale, etc., qui ne se recouvrent qu'en partie, pour permettre que s'élaborent le diagnostic partagé, à partir des équipes, des établissements et des organisations, et non seulement du cas par cas, et l'évaluation,
- Et les territoires départementaux ou régionaux où se coordonnent, par les plans et les schémas, les actions des décideurs
- En rendant lisible et visible, à chaque échelon, qui pilote tout ou partie de cette transversalité



- ADAPEI** Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales
- ARH** Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS** Agence Régionale de Santé
- CAL-PACT** Centre d'Amélioration du Logement - Protection, Amélioration, Conservation et Transformation de l'Habitat
- CAT** Centre d'Aide par le Travail
- CATTP** Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- CDES** Commissions Départementales de l'Éducation Spéciale
- CHU** Centre Hospitalo-Universitaire
- CHR** Centre Hospitalier Régional
- CHRS** Centre d'Hébergement et de Réhabilitation Sociale
- CNSA** Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- CMH** Compagnie Métropolitaine de l'Habitat
- CMP** Centre Médico-Psychologique
- CODAH** Communauté D'Agglomération du Havre
- CREAI** Centre Régional de l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptée
- EPSM** Établissement Public de Santé Mentale
- EPSMAL** Établissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise
- ESAT** Établissements ou Services d'Aide par le Travail (anciennement CAT)
- DDASS** Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- DTEFP** Direction du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
- DRASS** Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- EPSM** Établissement Public de Santé Mentale
- FAM** Foyer d'Accueil Médicalisé
- FJT** Foyers des Jeunes Travailleurs
- FNAPSY** Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-patients en PSYchatrie
- FNARS** Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réadaptation Sociale
- FSL** Fonds Solidarité pour le Logement
- GEM** Groupe d'Entraide Mutuelle
- LMCU** Lille Métropole Communauté Urbaine
- LMH** Lille Métropole Habitat
- MAS** Maison d'Accueil Spécialisé
- MDPH** Maison Départementale des Personnes Handicapées
- MNASM** Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
- ONSM** Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité
- OPAC** Office Public de l'habitat
- ORSPERE** Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion
- PIL** Pôle Insertion Logement
- PTS** Programme Territorial de Santé
- PRIAC** PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- PRSP** Plan Régional de Santé Publique
- PRAPS** Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies
- SAMSAH** Service d'Accompagnement Médico-Social de l'Adulte Handicapé
- SAUO** Service d'Accueil d'Urgence et d'Orientation
- SAVS** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SPIP** Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
- SROS** Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
- RAPP** Réseau régional d'Action Psychiatrique Précarité de Haute-Normandie
- UDOS** Association qui coordonne l'hébergement d'urgence (Amiens)
- UMAPP** Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées (Haute-Normandie)
- UNAFAM** Union Nationale des Amis et FAMilles de Malades mentaux
- UPS** Unité de Préparation à la Sortie
- UTPAS** Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale

ISBN : 978 -2 -11-097437-2  
Édition : mars 2008 - 500 exemplaires

Auteurs : DRASS du Nord-Pas de Calais/ONSMP-ORSPERE  
Restitution : Valérie BATTACHE  
Adaptation : Bénédicte RAULT-ROQUES

**DRASS du Nord – Pas de Calais**

62, Bd de belfort  
BP 605  
59024 Lille CEDEX  
03 20 62 66 47 / 03 20 62 67 98  
<http://www.nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr>

**DRASS de Haute-Normandie**

31 rue Malouet - Immeuble « Le Mail »  
BP 2061  
76040 ROUEN CEDEX  
02 32 18 32 18 / 02 35 62 53 18  
<http://www.haute-normandie.sante.gouv.fr/>

**DRASS de Picardie**

52, rue Daire  
80037 AMIENS CEDEX  
03 22 82 30 00 / 03 22 82 30 01  
<http://www.picardie.sante.gouv.fr>



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE