

E.N.S.P

**INSPECTEURS DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
PROMOTION 1998-2000**

**ACCUEIL ET REINSERTION DES PERSONNES
PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES :
QUELLES REPONSES APORTEES PAR LES C.H.R.S.
PARISIENS.**

WAGNER Géraldine

SOMMAIRE

- REMERCIEMENTS -	4
INTRODUCTION	6
LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET EN C.H.R.S. : DES CHAMPS D'INTERVENTION DIFFÉRENTS, MAIS DES MISSIONS COMMUNES RECONNUES PAR LES TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES	13
1 LA POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE	14
2 LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE (C.H.R.S.) : STATUT JURIDIQUE ET MISSIONS	17
3 LA RENCONTRE DU SOCIAL ET DE LA PSYCHIATRIE : DES MISSIONS COMMUNES RECONNUES PAR LES TEXTES	20
LA NÉCESSAIRE RENCONTRE DES ACTEURS DE LA PSYCHIATRIE ET DES C.H.R.S. : UNE ÉVOLUTION RENFORCÉE PAR UN CONTEXTE D'EXCLUSION CROISSANTE (L'EXEMPLE DE PARIS)	23
1 PRÉSENTATION DE PARIS ET DE SES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EN C.H.R.S. ET EN PSYCHIATRIE	23
1.1 Les caractéristiques de la population parisienne	24
1.2 Le contexte de l'emploi.....	25
1.3 Le chômage	26
1.4 La montée en charge de la misère	26

1.5 Le dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale à Paris : des modes d'hébergement variés et nombreux	27
1.6 Les soins en psychiatrie à Paris : une offre nettement supérieure au reste de la région Ile de France, susceptible d'être optimisée.....	28
2 PRÉSENTATION DE LA MÉTHODE DE TRAVAIL RETENUE	32
3 ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX DANS LES C.H.R.S. PARISIENS	35
3.1 Qui sont les personnes atteintes de troubles psychiatriques accueillies dans les C.H.R.S. parisiens ?	35
3.2 Comment fonctionne le dispositif de prise en charge des malades mentaux en C.H.R.S. ?.....	37
3.2.1 Orientation du public	37
3.2.2 Admission des résidents	38
3.2.3 Déroulement du travail socio-éducatif	38
3.2.4 Durée de séjour	38
3.2.5 Renvois et mesures de placements d'office	39
3.2.6 Fonctionnement du partenariat	40
3.3 Quelle définition donner à la notion de réinsertion ?	41
3.3.1 Réinsertion professionnelle	41
3.3.2 Réinsertion par le logement	44
3.3.3 "Réinscription" sociale.....	46
LEVER LES OBSTACLES INSTITUTIONNELS POUR AMÉLIORER L'INSERTION DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ACCUEILLIES EN C.H.R.S.....	48
1 SE DONNER LES MOYENS D'UNE RÉELLE ÉVALUATION DES BESOINS	49
1.1 Mettre en place une grille d'évaluation commune à l'ensemble des C.H.R.S	51
1.2 Recourir ponctuellement à des audits.....	53

2 FAVORISER LA SORTIE ET LA RÉINSERTION DES MALADES PSYCHIATRIQUES DANS LE DROIT COMMUN	54
2.1 Maintenir la dimension généraliste des C.H.R.S.	54
2.2 Renforcer le partenariat entre les acteurs de la prise en charge.....	57
2.2.1 Renforcer le partenariat avec les secteurs de psychiatrie	57
2.2.2 Elargir le partenariat à de nouveaux acteurs	60
3 APPORTER DES RÉPONSES SPÉCIFIQUES À DES CATÉGORIES DE MALADES MENTAUX PARTICULIÈREMENT FRAGILISÉES	62
3.1 Les jeunes	62
3.2 Les femmes	64
3.3 Créer de nouvelles structures pour les malades mentaux les plus désinsérés	65
CONCLUSION	68
SIGLES	70
BIBLIOGRAPHIE	73
ANNEXES.....	78

- REMERCIEMENTS -

Je remercie tous ceux qui m'ont aidée et soutenue au cours de la réalisation de ce mémoire, et plus particulièrement,

- *Madame Jacqueline TRIN DINH, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, et maître de stage, pour sa disponibilité et son aide précieuse,*
- *Madame Marie Line PUJAZON, pour ses conseils rédactionnels, et le suivi de ce mémoire,*
- *Monsieur Philippe ROLAND, de la COMI, pour avoir bien voulu m'aider dans l'élaboration matérielle de ce mémoire,*
- *Le personnel de la D.A.S.S. de Paris, notamment l'ensemble des membres du service « insertion et développement »,*
- *Les différents acteurs de la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques, directions et équipes socio-éducatives des C.H.R.S., médecins psychiatres et équipes soignantes des secteurs, pour le temps qu'ils ont consacré à ce mémoire et l'éclairage qu'ils ont bien voulu m'apporter.*

Un grand merci également à Sandrine pour son regard critique et son aide constructive.

“La folie, si douce ou si violente soit-elle, a besoin de proximité, de disponibilité, de simplicité, de temps.

La folie a besoin d’être accueillie, il lui faut un accueil, toujours.”

Préambule de Francis Jean dans “Les urgences de la folie”,
“L’accueil en santé mentale”, Guy Baillon,
Editions Gaëtan Morin.

INTRODUCTION

“ Je traverse avec une sombre précaution cette maison de fous qu’est le monde”.
Nietzsche, “l’Antéchrist”.

Rien n’est aussi flou, aussi mouvant, aussi discutable que les maladies mentales, les dérèglements de l’esprit, ou encore la folie. Si on veut tenter de décrire ou d’analyser ces phénomènes, les termes utilisés doivent être immédiatement définis.

Partant du postulat que personne n’est normal, il faut malgré tout admettre un principe de normalité. Le normal est défini dans le Littré comme ce qui est “conforme à la règle générale”. Deux sens découlent donc de cette définition :

d’abord, est normal ce qui fonctionne sans perturbation ;

ensuite, est normal ce qui se rencontre dans la majorité des cas, ce qui est courant.

Par conséquent, l’homme psychiquement “normal” en un lieu et pour un temps donnés appartient à un groupe majoritaire dont la conduite et le comportement représentent un pourcentage majoritaire par rapport aux anormaux, moins nombreux.

L’homme psychiquement “anormal” est donc un individu dont le comportement s’inscrit en dehors de la moyenne statistique usuelle des “normaux”. J. Thuillier¹ rapporte ainsi la phrase d’un malade mental dont le psychiatre lui refusait la sortie de l’asile : “Evidemment si c’était nous qui étions les plus nombreux, c’est vous qui seriez derrière ces murs”.

Toute l’ambiguïté du sujet est dès lors posée, puisque le normal et l’anormal sont deux concepts qui se définissent l’un par rapport à l’autre. Leur contenu varie selon le point de vue dont on se place, selon le lieu, ou encore selon l’époque.

¹ Thuillier Jean, « La Folie » ; Ed. R. Lafont, 1992.

Le Haut Comité de la Santé Publique définit la santé comme “un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité”. Les troubles mentaux constituent par conséquent une maladie à part entière qui empêche le bien être des individus. La définition retenue dans ce mémoire est donc la suivante : est considéré comme malade mental toute personne qui présente une pathologie psychiatrique diagnostiquée en tant que telle par un psychiatre.

Pour le psychiatre, le malade mental est un sujet atteint d’une affection qui se manifeste par des troubles importants du psychisme, certains pouvant être permanents. L’origine de ces perturbations est diverse : il peut s’agir d’altérations du cerveau comme pour la démence, mais dans bien d’autres cas, les origines sont multiples et difficiles à déterminer. En fait, les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont démunies : elles réagissent de façon désordonnée et inefficace aux exigences de la société tout en souffrant et/ou en faisant souffrir les autres.

La dixième classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (C.I.M. 10) répertorie sous le même chapitre troubles mentaux et troubles du comportement. Cette définition est plus large que la conception française de “maladies mentales”, inconnue dans les pays qui privilégient une approche en terme de troubles mentaux. La conception française limite par conséquent le champ de la maladie mentale aux seules pathologies graves qui concernent la psychiatrie. C’est cet angle d’approche qui sera retenu dans ce mémoire, l’étude ne concernant que les personnes souffrant de troubles psychiatriques diagnostiqués par un psychiatre.

Les pathologies psychiatriques sont nombreuses et variées tant dans leurs origines que dans leurs manifestations. Sans prétendre dresser une liste exhaustive de l’ensemble des pathologies psychiatriques, elles peuvent être regroupées de la façon suivante : on distingue

- d’une part les troubles mentaux aigus comme la confusion mentale (désorientation dans l’espace et le temps, rêves hallucinatoires...), les psychoses délirantes aiguës (délires, troubles de l’humeur...), les crises d’angoisse, ou encore les dépressions réactionnelles et névrotiques ;
- et d’autre part, les troubles mentaux chroniques : il s’agit de démences dues à des troubles organiques dégénératifs (démence sénile...), de psychopathies (C’est un ensemble mal délimité qui regroupe notamment tous les déséquilibres psychiques, l’alcoolisme, la toxicomanie...), de psychoses (schizophrénie, paranoïa...), ou encore de névroses (phobiques, obsessionnelles...).

La psychose suppose une adhésion complète du malade à ses idées délirantes ; il n'a donc généralement pas conscience de ses troubles, ce qui rend le traitement plus difficile. Le malade névrosé au contraire est conscient de sa maladie et peut exprimer directement sa souffrance.

Les pathologies psychiatriques ainsi définies, il reste à savoir comment elles sont traitées.

La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques a considérablement varié au fil des siècles, oscillant entre tolérance et enfermement.

Si le philosophe Michel Foucault date de 1656 le début du "grand enfermement" avec la fondation de l'hôpital général de Paris, c'est véritablement la Révolution de 1789 et la philosophie des Lumières qui amorcent un tournant décisif en annonçant la création future de l'asile.

Au terme d'une réflexion de quelques dizaines d'années, la loi sur les aliénés est promulguée le 30 juin 1838. Elle s'appliquera pendant près de 150 ans.

Il s'agit à la fois d'une loi d'assistance et de police : l'asile (qui deviendra hôpital psychiatrique en 1937) est créé pour soigner les malades mentaux mais aussi pour les soustraire à la société. La charge pèse sur les départements puisque chaque département "est tenu d'avoir un établissement spécialement destiné à recevoir et à soigner les aliénés." La loi de 1838 prévoit également deux formules de placement en établissements : le placement volontaire qui relève de la volonté de la famille et le placement d'office qui relève des pouvoirs de police du préfet. Ces deux modes de placements subsistent d'ailleurs encore aujourd'hui respectivement sous la forme de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T.) et de l'hospitalisation d'office (H.O.).

Mais la prise en charge des malades mentaux telle qu'elle avait été définie par la loi de 1838 s'est trouvée progressivement dépassée par l'évolution de la société et les progrès de la science.

De nouvelles thérapies ont fait preuve de leur efficacité, permettant de réduire considérablement la durée d'hospitalisation. De ce fait, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ont commencé à se faire soigner dans les établissements spécialisés en "services ouverts", hors des modalités de placement sous contrainte prévues par la loi de 1838.

Parallèlement, une demande nouvelle de plus grand confort et de diversification des traitements est apparue. Des dispensaires de prophylaxie se sont également ouverts avec deux missions principales : soins gratuits et actions de prévention.

Ainsi, la coexistence de ces deux types de structures (établissements spécialisés et dispensaires) a donné naissance à une réflexion sur la nécessité de proposer une prise en charge complètement différente. C'est une prise en charge globale, associant prévention, soins et suivi postcure que met en place la circulaire n° 340 du 15 mars 1960. A compter de cette date, la psychiatrie publique connaît une véritable mutation, en modifiant de façon radicale la manière de traiter les malades mentaux. L'hôpital s'ouvre sur la société, la durée d'hospitalisation diminue considérablement, les prises en charge "hors les murs" se multiplient, avec une très forte volonté d'aider les patients à se réinsérer.

Pourtant, malgré toutes ces évolutions qui ont profondément modifié la prise en charge des malades mentaux, les pathologies psychiatriques continuent à toucher une partie importante de la société française. Une enquête de la Direction Générale de la santé (D.G.S.) montre qu'en 1991, 1,8% de la population française, soit près de 760 000 adultes, consultent les services psychiatriques du secteur public. Les maladies psychiatriques sont considérées comme une des quatre priorités sanitaires des sociétés post-industrielles, au même titre que les maladies cardio-vasculaires, les cancers, et les accidents.

D'autre part, la société française connaît une montée en charge de la misère. Alain Touraine² impute ce développement du chômage et de la précarité au "passage d'une société de classe avec des gens en haut et des gens en bas, à une société horizontale où l'important est de savoir si on est au centre ou à la périphérie".

Ce phénomène trouve son origine bien évidemment dans les crises qui ont secoué l'économie mondiale à la fin des années 1970, mettant fin à plus de trente ans de croissance ininterrompue. Le développement du chômage et du travail précaire s'inscrit dès lors dans un contexte économique et social fragilisé. L'apparition de nouvelles technologies comme l'informatique et d'une manière plus générale, l'effort global de rationalisation dans l'organisation du travail ont fait disparaître un certain nombre d'emplois peu qualifiés, mais relativement bien adaptés à des publics en difficulté (par exemple, beaucoup de malades mentaux ont souvent des difficultés à assumer de trop lourdes responsabilités, en particulier dans le travail).

² Touraine Alain, « Face à l'exclusion », in Esprit, n°169, 1991, p.7-13.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas épargnées par la précarité. De plus, les profondes mutations qui ont affecté la psychiatrie publique depuis les années 1960 accentuent ce phénomène : toute une frange de la population des malades mentaux, jusqu'alors tenue à l'écart de la société et pour laquelle la question de l'insertion ne se posait pas, est visible à présent, avec ses problèmes spécifiques et ses difficultés d'insertion.

En effet, si certains malades mentaux disposent du soutien de leur famille et de leur entourage, beaucoup ont coupé les liens et doivent affronter seuls la vie en société. Mais, en raison de toutes les contraintes et fragilités engendrées par la maladie mentale, certaines personnes se révèlent incapables de gérer leur vie et d'assumer un certain nombre de responsabilités. Lorsque les contraintes deviennent trop fortes, ces personnes "décompensent" et n'arrivent pas à conserver leur emploi (si elles en ont un), ni, le cas échéant, leur logement.

L'engrenage de l'exclusion est alors enclenché et tout peut basculer très rapidement. Serge Paugam³, sociologue au Centre National de Recherche Scientifique (C.N.R.S.) distingue trois phases dans le processus d'exclusion :

- d'abord la fragilité : elle suit le déclassement social, par exemple après la perte d'un emploi ; la personne refuse d'entrer dans les réseaux d'assistance car ce serait renoncer à un "vrai" statut social ;
- ensuite, se manifeste une phase de dépendance à l'égard des acteurs sociaux, et éventuellement sanitaires, pour justifier vis-à-vis de soi-même l'aide reçue ;
- enfin, c'est la rupture, à la suite d'une accumulation d'échecs ; la personne peut alors se réfugier dans des conduites addictives pour échapper à la réalité.

Le sociologue Emilio La Rosa⁴ montre quant à lui que les troubles mentaux sont plus fréquents chez les personnes en situation de précarité : beaucoup d'individus qui ont basculé dans la précarité souffrent psychiquement en raison de leurs conditions de vie. Cette souffrance psycho-sociale est l'expression individuelle et sociale de l'exclusion, elle entretient, voire aggrave l'exclusion. Dans certains cas extrêmes, elle débouche sur la pathologie psychiatrique, seul moyen pour continuer à supporter son existence.

³ Paugam Serge, « La dynamique de la déqualification sociale », in Sciences Humaines, n°28, mai 1993, p.16-20.

⁴ La Rosa Emilio, « Santé, précarité et exclusion », Paris, P.U.F., collection le sociologue, 1995.

La Rosa estime que 2% environ des personnes en situation de précarité souffrent de troubles psychiatriques, diagnostiqués en tant que tels par un psychiatre. Il souligne également que la grande majorité de ces personnes présentaient cette pathologie avant même d'être à la rue : l'hospitalisation dans un service de psychiatrie précède l'itinérance dans 60 à 70 % des cas. Il est bien évident que le fait de vivre dans la rue aggrave ces troubles.

Ainsi, un certain nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques sont confrontées à l'exclusion, c'est-à-dire à un "phénomène de rupture du lien social et des difficultés à accéder aux droits sociaux fondamentaux" (R. Lenoir). Les acteurs du champ social et en particulier les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) accueillent des personnes qui autrefois n'étaient connues que du champ sanitaire.

Se pose alors la question de savoir quelles réponses apporter à un public fortement marqué par la maladie mentale, d'autant plus que la société connaît une montée en charge globale de l'exclusion. Les personnes malades mentales ne représentent qu'un public parmi d'autres catégories d'exclus comme les isolés, les toxicomanes, les malades du sida...

On peut se demander si les personnes souffrant de troubles psychiatriques doivent être prises en charge dans des C.H.R.S. de droit commun, au risque de les fondre dans la masse des exclus et des démunis, ou bien si au contraire, les particularismes de la maladie mentale justifient une prise en charge spécifique. Mais elle risque de marginaliser un peu plus encore des personnes déjà fortement stigmatisées.

Pour l'heure, l'Etat semble privilégier l'application du droit commun, afin de ne pas enfermer les malades mentaux dans un nouveau ghetto. C'est ce qui ressort du rapport du groupe de travail sous la direction de Mme Parayre, "L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux", de juin 1995.

Cette réflexion engendre également une autre interrogation sur ce que recouvre exactement la notion de réinsertion.

S'agit-il d'une réinsertion professionnelle ? En milieu ordinaire ou en milieu protégé ? D'ailleurs, malgré les difficultés actuelles en matière d'emploi, l'insertion professionnelle reste synonyme d'une réelle insertion sociale.

S'agit-il d'une insertion par le logement ? Celle-ci génère également des difficultés, notamment parce que la personne est parfois tentée de faire échouer son projet au moment de franchir le pas et de retrouver un logement autonome. L'accompagnement social est donc fondamental tout au long de la démarche d'insertion.

Ou bien dans le cas de malades mentaux fortement désinsérés, est ce que la réinsertion passe avant tout par une "réinscription sociale", c'est-à-dire par une réouverture des droits, préalable nécessaire à toute reconquête de citoyenneté ?

En raison des particularités de ce public, la prise en charge se situe de fait au carrefour du sanitaire et du social. On peut donc aussi légitimement se demander si les difficultés que rencontrent les malades mentaux pour se réinsérer ne tiennent pas à la manière dont fonctionne cette prise en charge globale. Le partenariat, le maillage, le travail en réseau sont-ils suffisamment développés et s'articulent-ils de façon optimale ?

Il reste enfin à s'interroger sur la place et le positionnement des services de l'Etat. Doivent-ils animer, impulser ou bien se contenter simplement d'accompagner les initiatives mises en place ?

Ce mémoire tentera d'apporter des éléments de réponse à l'ensemble des questions ainsi posées.

D'abord, un examen approfondi des textes est nécessaire afin de bien comprendre quelles sont les missions propres à la psychiatrie et aux C.H.R.S., mais aussi pour examiner leurs missions communes. Ensuite, le dispositif parisien de prise en charge en C.H.R.S. des personnes atteintes de troubles psychiatriques sera analysé, afin de dégager un certain nombre d'observations et de critiques. Elles pourront alors être utilisées pour déterminer des propositions en vue d'améliorer le dispositif.

**LES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE EN
PSYCHIATRIE ET EN C.H.R.S. : DES CHAMPS
D'INTERVENTION DIFFERENTS, MAIS DES
MISSIONS COMMUNES RECONNUES PAR LES
TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES**

Psychiatrie et C.H.R.S. interviennent dans des domaines bien séparés.

La psychiatrie dépend du secteur sanitaire ; la prise en charge est faite dans le cadre d'établissements de santé relevant de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifiée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Ces établissements sont donc soumis aux règles de la comptabilité hospitalière.

Les C.H.R.S., quant à eux, sont des établissements sociaux qui relèvent de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et poursuivent une démarche de réinsertion sociale de la personne.

Pourtant, même si les établissements publics de psychiatrie et les C.H.R.S. obéissent à des logiques d'action différentes, ils prennent en charge, dans certains cas, le même type de personnes. C'est ce que reconnaissent les textes législatifs et réglementaires en définissant des missions communes à la psychiatrie publique et aux C.H.R.S.

1 LA POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

Mettant fin à la prise en charge asilaire des malades mentaux telle qu'elle avait été définie par la loi de 1838, la circulaire n° 340 du 15 mars 1960 bouleverse le paysage français de la psychiatrie en faisant du secteur l'unité géographique et institutionnelle autour de laquelle s'organise la psychiatrie publique.

Cette circulaire prévoit ainsi la subdivision des départements en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur desquels une même équipe médico-sociale doit assurer la totalité des actions de prévention, de soins ou de suivi post-cure pour l'ensemble de la population desservie. L'intégration et la réadaptation du malade deviennent des objectifs de santé mentale. Il s'agit de prendre en charge le malade dans son environnement familial et social, l'hospitalisation n'étant qu'une étape du traitement. La sectorisation repose par conséquent d'une part sur la proximité des lieux de soins et d'autre part sur l'unicité du traitement grâce à la présence d'une seule et même équipe médico-sociale.

Cette nouvelle organisation de la prise en charge en psychiatrie est complétée par la circulaire D.G.S./891/M.S.1 du 9 mai 1974. Mais il faut attendre la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses mesures sociales pour reconnaître au secteur un fondement législatif.

En effet, l'article 8 de cette loi fait du secteur le cadre géographique et institutionnel dans lequel doit s'exercer la lutte contre les maladies mentales, laquelle comporte des actions de prévention, de diagnostic et de soins.

Le secteur devient également une base de planification en santé mentale puisqu'il entre dans la définition de la carte sanitaire depuis la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985.

Le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 (décret d'application de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985) prévoit la mise en place de deux types principaux de secteurs : les régions sont découpées en secteurs de 70 000 habitants en psychiatrie générale, et de 200 000 habitants en psychiatrie infanto-juvénile. (Pour mémoire, un troisième type de secteur, dit de psychiatrie en milieu pénitentiaire, doit répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Cette organisation spécifique est prévue par un arrêté du 14 décembre 1986).

A chaque secteur est rattachée une équipe de secteur, composée d'un psychiatre hospitalier, d'internes, de personnels infirmiers et d'aides soignants, d'ergothérapeutes, de psychologues et d'un assistant social. Le psychiatre, chef de secteur, détermine les orientations de la politique de prise en charge en fonction des impératifs nationaux et des particularités locales. La continuité des soins doit être organisée dans le cadre du secteur en coordination avec les partenaires des domaines sanitaire et social.

Par ailleurs, chaque secteur dispose d'un équipement de base, défini par l'arrêté du 14 mars 1986, devant notamment lui permettre de mener à bien la prise en charge ambulatoire des patients, tant sur le plan préventif que curatif. Ces structures peuvent être distinguées selon qu'elles comportent ou non un hébergement. La liste ci-dessous ne prétend pas être exhaustive mais présente les principaux modes de prise en charge offerts par le secteur.

- En ce qui concerne la prévention et le soin ambulatoire (structures sans hébergement) :

Le centre médico-psychologique (C.M.P.) constitue le pivot de la politique de secteur. Il doit mettre en œuvre une politique de prévention, de diagnostic et de soins précoces. Il est à la fois un lieu d'accueil du public, de soins et de coordination au sein de l'équipe comme avec ses partenaires extérieurs. Des C.M.P. spécifiques, appelés centres d'accueil permanents, sont ouverts 24h/24 et doivent gérer les urgences psychiatriques.

L'hôpital de jour est également une modalité de prise en charge fondamentale dans le cadre du secteur : il s'agit d'une prise en charge intensive, qui met en œuvre des actions personnalisées, en continu ou en alternance avec d'autres formes de soins ambulatoires. Il doit être facile d'accès afin de s'articuler avec les lieux de vie habituels des patients.

Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.) est une structure souple qui offre des soins modulables adaptés à la vie sociale du patient. Il doit se situer à proximité du domicile des familles.

- En ce qui concerne les prises en charge avec hébergement : il s'agit de prises en charge à temps complet qui font intervenir une équipe soignante.

Si l'hospitalisation traditionnelle est aujourd'hui considérée comme un mode de prise en charge parmi d'autres, elle reste néanmoins nécessaire pour certains patients qui ont besoin d'alterner avec des prises en charge ambulatoires.

Ces unités d'hospitalisation à temps complet fonctionnent dans des centres hospitaliers généraux (C.H.G.), des centres hospitaliers spécialisés (C.H.S.), ou encore dans des établissements privés participant au service public hospitalier (P.S.P.H.). Les règlements intérieurs et les degrés de liberté varient selon les établissements. L'objectif de réintégrer les patients dans la société et les restrictions budgétaires conduisent souvent à une réduction des durées de séjour.

Les hôpitaux de nuit sont une autre forme de prise en charge avec hébergement, souvent dans le cadre de l'unité d'hospitalisation à temps complet. Ils s'adressent aux patients qui ont une activité pendant la journée mais dont l'état nécessite des soins. Ils assurent ainsi des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit, la cas échéant en fin de semaine.

L'accueil familial thérapeutique peut constituer une alternative à l'hospitalisation dans les cas où la séparation de la personne avec son milieu est une nécessité thérapeutique. Contrairement aux lieux de vie qui relèvent du médico-social, ce type d'accueil implique la permanence de l'équipe soignante.

2 LES CENTRES D'HEBERGEMENT ET DE REINSERTION SOCIALE (C.H.R.S.) : STATUT JURIDIQUE ET MISSIONS

Créés par la loi n° 46-685 du 13 avril 1946, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) (il s'agit là de la dénomination retenue par la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions ; auparavant, on parlait de Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale) sont des établissements sociaux, publics ou privés, qui relèvent de la loi n° 75-53 du 30 juin 1975.

Une autorisation préfectorale est nécessaire à leur création après avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S.) ; elle vaut également habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Des conventions passées entre l'établissement et l'Etat fixent le nombre de places, les catégories de personnes accueillies, les missions, le financement, et les procédures d'évaluation (art. 46.1 du décret n° 76-526 du 15 juin 1976). Le financement de l'Etat intervient sous la forme d'une dotation globale de financement depuis 1985 sur la ligne budgétaire 46-23.

La mission principale des C.H.R.S. consiste à accueillir des personnes majeures ou des familles admises à l'aide sociale de l'Etat qui connaissent de graves difficultés économiques, familiales, de logement, de santé, ou d'insertion pour les aider à retrouver leur autonomie sociale (article 185 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale).

Les admissions sont prononcées par la commission d'admission du centre, sous le contrôle de l'Etat, pour une durée initiale de six mois. L'hébergement peut être renouvelé, une à deux fois, sur proposition de l'établissement et par décision de la D.D.A.S.S. (article 46.4 du décret n° 76.526 du 15 juin 1976). Les durées de séjours peuvent également être plus courtes, notamment pour répondre à des situations d'urgence (art. 46 du décret n° 76-526 du 15 juin 1976).

Les C.H.R.S. prennent des formes diverses dans l'espace : la forme traditionnelle reste le foyer. Mais à l'heure actuelle, les centres, dans un souci d'humanisation et pour faciliter le travail d'accompagnement social, s'orientent vers des structures de taille plus réduite et mettent en place des logements en appartements autonomes, ou en hôtels meublés. On parle alors de C.H.R.S. "éclatés".

Le C.H.R.S. peut demander une participation financière à la personne hébergée, qui peut aller jusqu'à 30% des revenus de la personne (décret n° 76-526 du 15 juin 1976). En général, le montant de cette participation est librement défini par le centre au vu des ressources financières du résident. Ainsi, lorsqu'il ne dispose d'aucun revenu, le C.H.R.S. ne demande aucune participation.

La population accueillie est très hétérogène : il s'agit de toute personne en démarche d'insertion de 18 à 65 ans, certains publics présentant des difficultés et des problématiques plus spécifiques comme les femmes victimes de violences conjugales, les personnes atteintes par le sida, ou encore les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Par conséquent, les C.H.R.S. doivent non seulement héberger et nourrir ces personnes, mais surtout les accompagner dans leur démarche d'insertion. L'équipe socio-éducative du centre, généralement composée d'éducateurs, d'une assistante sociale, voire de psychologues, aide la personne à formuler sa demande et à définir un projet d'insertion en fonction de ses capacités et de ses objectifs. L'équipe soutient la personne dans ses démarches tout au long de son parcours d'insertion.

Les projets d'insertion définis dans le cadre du C.H.R.S. s'articulent principalement autour de deux axes : d'une part, il s'agit d'aider la personne à faire valoir ses droits s'ils ne sont pas déjà ouverts (ouverture des droits à la sécurité sociale, demande d'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.), de l'Aide au Parent Isolé (A.P.I.)...) ; d'autre part il s'agit de mettre en place un projet de sortie du centre, soit en préparant un parcours d'insertion professionnelle, soit en essayant d'accéder à un logement autonome.

Si, au départ, l'accueil d'une personne en C.H.R.S. ne semble pas être assortie de l'obligation juridique de présenter un projet d'insertion, la circulaire du 14 mai 1991 rend cette obligation implicite : "l'hébergement de longue durée doit conduire à l'autonomie et ne pas être une rupture supplémentaire ou un temps d'attente s'ajoutant aux autres. Les durées de séjour doivent faire l'objet d'une négociation, voire d'un contrat, avec les intéressés selon les rythmes propres à chacun...La prolongation de la prise en charge doit être liée à une analyse de l'état d'un projet d'insertion". De plus, cette même circulaire réaffirme que les C.H.R.S. sont un outil d'insertion en lien avec les autres partenaires de terrain pour aboutir à "une reconquête de l'autonomie de l'utilisateur".

Si le champ d'intervention des C.H.R.S. peut sembler a priori éloigné de celui de la psychiatrie, les spécificités des personnes accueillies nécessitent une réelle coordination des partenaires dont les pouvoirs publics ont conscience. C'est pourquoi, les textes législatifs et réglementaires prévoient des rapprochements, voire des missions conjointes, entre C.H.R.S. et acteurs de la prise en charge en psychiatrie.

3 LA RENCONTRE DU SOCIAL ET DE LA PSYCHIATRIE : DES MISSIONS COMMUNES RECONNUES PAR LES TEXTES

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 a instauré une réelle séparation entre le secteur sanitaire et le secteur social. On distingue ainsi d'une part le Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S.), établissement public de soins qui soigne la pathologie psychiatrique ; d'autre part le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, établissement social qui entend répondre à une situation de détresse sociale.

Pourtant, les champs de la psychiatrie et du social sont étroitement imbriqués. En effet, les personnes accueillies en C.H.R.S. ont souvent un passé psychiatrique, soit que les C.H.S. les orientent directement vers un C.H.R.S. à la sortie d'une hospitalisation, soit qu'elles aient connu une période d'errance entre deux hospitalisations. Plus rarement des personnes accueillies en C.H.R.S. manifestent des troubles de la personnalité, voire des troubles psychiatriques, non diagnostiqués par le passé mais qui nécessitent pourtant un suivi ; le C.H.R.S. oriente alors la personne vers le secteur.

Les secteurs et les C.H.R.S. ont donc vocation à accueillir le même type de population. C'est ce que reconnaissent les textes législatifs et réglementaires.

Le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 prévoit ainsi que les C.H.R.S. peuvent accueillir "les personnes sans logement sortant d'établissements hospitaliers, d'établissements de cure ou de centres de rééducation".

Cette possibilité est confirmée par les textes ultérieurs relatifs aux C.H.R.S. : la loi n° 754-955 du 19 novembre 1974 stipule que toute personne ayant besoin d'un soutien matériel et psychologique, voire le cas échéant d'une action éducative temporaire peut être accueillie en C.H.R.S. Le décret n° 76-526 du 15 juin 1976 élargit la population accueillie à "toute personne sans domicile et sans ressource", ce qui concerne évidemment les personnes souffrant de troubles psychiatriques en voie d'exclusion.

Les C.H.R.S. et les secteurs psychiatriques poursuivent également la même mission : réinsérer la personne. La "réinsertion et de la réadaptation" du malade mental deviennent les objectifs principaux de la politique de santé mentale telle qu'elle est définie par la circulaire n° 340 du 15 mars 1960.

De la même manière, la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation stipule dans son article 1^{er} (repris dans l'article 326 du code de la santé publique) : "la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de réadaptation et de réinsertion sociale".

Par conséquent, même si les modalités d'intervention diffèrent (le secteur intervient sur un versant médical, le C.H.R.S prépare en concertation avec le résident son projet de réinsertion sociale), volet médical et volet social font de toute façon partie du même projet global de réinsertion de la personne.

La circulaire n° 577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale fait référence à la mise en place de cette collaboration entre la psychiatrie et les établissements sociaux : "le fort pourcentage de personnes accueillies dans les C.H.R.S. au sortir d'établissements de soins (hôpitaux psychiatriques, établissements de post-cure...) rend indispensable une collaboration étroite avec les acteurs du système de santé. Cette concertation a pour objet de développer l'information et la sensibilisation des C.H.R.S., avec l'objectif de mettre en œuvre de véritables prises en charge conjointes, à la fois médicales et sociales, en particulier en ce qui concernent l'alcoolisme, les troubles psychiques, la toxicomanie, le sida".

Les différents acteurs doivent donc se coordonner et travailler en partenariat afin de développer une prise en charge globale de la personne. Cette tendance est renforcée par les récents textes relatifs au travail en réseau.

Les circulaires D.G.S. n° 74 bis du 2 décembre 1993 et D.G.S. n° 88 du 1^{er} décembre 1994 relatives au travail en réseau soulignent l'importance de développer une prise en charge globale de la personne : "il s'agit à partir des structures existantes de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et du champ social afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention et d'orientation, voire de premiers soins. Cette collaboration est d'autant plus importante qu'une partie des publics démunis nécessite une prise en charge simultanée des aspects sanitaires, sociaux et préventifs".

La circulaire du 1^{er} décembre 1994 va même plus loin, soulignant le fait que les "problèmes de santé mentale doivent faire l'objet d'une réflexion spécifique notamment dans le secteur psychiatrique".

La nécessité de travailler en réseau pour développer une approche globale de la personne et mettre en place une prise en charge efficace est confirmée par l'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, titre III chapitre premier filières et réseaux de soins. En effet, il s'agit de promouvoir par ce biais "des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge".

Malgré des champs d'intervention a priori éloignés, les politiques de prise en charge en psychiatrie et en C.H.R.S. concernent dans certains cas les mêmes publics et poursuivent le même objectif : réinsérer la personne en mettant en œuvre des actions complémentaires. C'est ce que prévoient et reconnaissent les textes législatifs et réglementaires.

Reste à savoir comment s'organise la mise en œuvre de toutes ces missions sur le terrain et comment se traduit cette collaboration entre secteurs psychiatriques et C.H.R.S. Est-ce que les acteurs de la prise en charge parviennent à s'articuler suffisamment pour permettre la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

Avant d'essayer d'apporter une réponse à ces questions, il est nécessaire de dresser un état des lieux quantitatif de l'offre de soins psychiatriques et des places disponibles en C.H.R.S. à Paris, pour analyser ensuite la qualité de la prise en charge.

LA NECESSAIRE RENCONTRE DES ACTEURS DE LA PSYCHIATRIE ET DES C.H.R.S. : UNE EVOLUTION RENFORCEE PAR UN CONTEXTE D'EXCLUSION CROISSANTE (L'EXEMPLE DE PARIS)

Le dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale parisien offre un nombre important de places et des modes d'hébergements variés. Certains C.H.R.S. se sont même spécialisés dans l'accueil de certains types de publics particuliers, comme les sortants de prison, les femmes seules, ou encore les personnes malades mentales.

Parallèlement, l'offre de soins en psychiatrie publique est importante, Paris disposant de moyens financiers et en équipements supérieurs au reste de la région.

Pourtant, les personnes souffrant de troubles psychiatriques et prises en charge dans le cadre des C.H.R.S. parisiens éprouvent de réelles difficultés à se réinsérer.

Afin de pouvoir analyser les causes de ce phénomène (3), le contexte parisien (1), ainsi que la méthode de travail (2) doivent être successivement précisés.

1 PRESENTATION DE PARIS ET DE SES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EN C.H.R.S. ET EN PSYCHIATRIE

Pour analyser la prise en charge des malades mentaux dans le cadre des C.H.R.S. parisiens, il convient de présenter le contexte économique et social, l'offre d'hébergement en C.H.R.S. ainsi que l'offre de soins en psychiatrie publique. Les chiffres du dernier recensement de 1999 n'étant pas encore disponibles, la présentation du contexte socio-économique parisien s'appuie sur les chiffres du recensement I.N.S.E.E. de 1990. Certaines affirmations auraient sans doute besoin d'être revues et corrigées à la lumière des nouvelles statistiques.

Paris est l'un des huit départements de la région Ile de France (R.I.F.), situé géographiquement au centre de celle-ci. Comptant une superficie totale de 105 km², Paris est découpée en vingt arrondissements d'inégales dimensions qui se décomptent en partant de la Seine⁵.

Dans le découpage administratif français, Paris constitue une exception. Elle a longtemps bénéficié d'un régime exorbitant justifié par son statut de capitale de la France et par son passé révolutionnaire : en particulier, au XIX^{ème} siècle, les Trois Glorieuses, la Révolution de 1848, ainsi que la Commune en 1871 ont incité les classes dirigeantes à se méfier de Paris et de ses habitants. Les régimes successifs ont donc appliqué à Paris un statut dérogatoire et ont écarté les Parisiens de la gestion de leurs affaires.

Mais, Paris a peu à peu cessé de constituer un risque exceptionnel et s'est alignée sur le droit commun en conservant malgré tout un certain nombre de particularités. La loi du 10 juillet 1964 a créé une collectivité territoriale nouvelle et spécifique, la Ville de Paris, qui exerce à la fois "des compétences de nature communale et départementale" par le biais du Conseil de Paris. Mais son président n'avait encore que pouvoirs assez limités.

La réforme de 1982 va plus loin : la loi "Paris Lyon Marseille" (loi P.M.L.) du 31 décembre 1982 prévoit que le conseil municipal et le maire administrent l'ensemble de la ville, celle-ci étant également divisée en arrondissements. Chaque arrondissement est doté d'un conseil d'arrondissement, présidé par le maire d'arrondissement et dans lequel siègent des conseillers municipaux ainsi que des conseillers directement élus au suffrage universel direct.

1.1 LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION PARISIENNE

Avec 2 152 423 habitants au recensement I.N.S.E.E. de 1990, Paris représente 20,2% de l'ensemble de la population de l'Ile de France. Au cours des dernières années, le nombre d'habitants à Paris a diminué régulièrement au profit de la petite et de la grande couronne.

Paris compte la densité la plus forte d'Ile de France avec 20 495 habitants au km² contre 887 pour la R.I.F., et 104 pour la France entière. Cette densité varie également en fonction des arrondissements : les densités les plus élevées concernent les 3^{ème}, 10^{ème}, 11^{ème}, 18^{ème}, et 20^{ème} arrondissements.

⁵ Cf. annexe 1.

La population parisienne est plutôt jeune : les 25-39 ans sont les plus nombreux, et représentent 27,4% de l'ensemble de la population. Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes : en 1990, Paris compte 1 551 617 femmes pour 1 000 712 hommes.

Les étrangers, selon les statistiques de 1990, représentent 15,9% de l'ensemble de la population : la plupart sont originaires d'Afrique du Nord (ils sont 127 920 en 1990), d'Afrique Noire (52 963 personnes) ou encore d'Europe communautaire (122 791 ressortissants communautaires).

1.2 LE CONTEXTE DE L'EMPLOI

La population active à Paris s'élève, en 1990, à 1 133 903 personnes, ce qui représente 21% de l'ensemble des actifs de la région Ile de France. La situation de l'emploi est attractive : au-delà du nombre de personnes qui viennent s'installer à Paris dans l'espoir de trouver plus facilement un emploi, selon les statistiques de 1990, 96 440 travailleurs résidant en province viennent travailler chaque jour sur Paris, soit une augmentation de 1,9 % par rapport à la situation en 1982.

Le secteur tertiaire est omniprésent puisqu'il regroupe 80,2% des salariés au 31 décembre 1990. Le secondaire ne concerne que 19,5% des salariés ; le secteur primaire est inexistant (0,005% des salariés parisiens).

Les 25-49 ans représentent 69,6% des actifs parisiens, ce qui correspond à la moyenne de la région. Cependant, une observation plus approfondie des chiffres fait ressortir une diminution importante du nombre des actifs, quel que soit le sexe de la personne, après 44 ans : l'ensemble des actifs passe de 156 857 entre 40 et 44 ans à 115 982 pour la tranche des 45-49 ans. La baisse du nombre d'actifs se confirme par la suite. Ce résultat peut laisser supposer qu'une part des actifs est frappée par le chômage après 44 ans avec de réelles difficultés pour retrouver un emploi.

La majorité des actifs sont des salariés (905 131 salariés contre 117 956 non salariés), mais le contrat à durée indéterminée (C.D.I.) ne concerne que 30 403 personnes. L'emploi est donc marqué par une certaine précarité.

1.3 LE CHOMAGE

En 1990, le chômage à Paris concerne 106 684 personnes, soit 10,2% de la population active parisienne. Paris est plus touchée par le chômage que le reste de la région Ile de France (où le taux de chômage s'élève à 7,3% de la population active) et que la France entière (taux de chômage de 9,0%).

Le chômage concerne principalement les 25-49 ans (ils représentent 71,5% des demandeurs d'emploi) et touche aussi bien les hommes que les femmes (53 613 demandeurs d'emploi chez les hommes, pour 53 071 pour les femmes). On constate globalement une aggravation de la situation du chômage sur Paris : depuis le dernier recensement en 1982, le taux de chômage est passé de 7,1% à 10,2% de la population active.

1.4 LA MONTEE EN CHARGE DE LA MISERE

Le rapport Chasseriaux "Précarité et risques d'exclusion" de novembre 1993 estime à 1,4 millions le nombre de personnes en France en grandes difficultés sociales. Paris est concernée en premier lieu.

L'évaluation exacte du nombre de personnes en voie d'exclusion est difficile dans la mesure où elle dépend des définitions retenues, des chiffres et des outils d'évaluation dont on dispose...A l'heure actuelle, des évaluations précises et réactualisées font défaut mais les indicateurs de précarité, disponibles dans le cadre du schéma directeur de l'hébergement social à Paris de juin 1995, peuvent fournir des indications sur le contexte social parisien.

Ainsi, au 31 décembre 1994 :

- 1 432 personnes bénéficient d'une Allocation Logement Social (A.L.S.),
- 2 130 personnes perçoivent l'Allocation Parent Isolé (A.P.I.),
- 10 364 personnes touchent l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.),
- les bénéficiaires du Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) sont au nombre de 49 726, soit 2,31% de la population parisienne, ce qui représente 5,35% des bénéficiaires au plan national. Seuls 40,64% sont locataires et 2,39% sont propriétaires ; par conséquent, les 57% d'allocataires restants ne disposent pas d'un logement autonome.
- 368 baux ont été signés dans le cadre du Plan d'Occupation du Parc Social (P.O.P.S.), 1/3 des logements ayant été attribués à des sortants de C.H.R.S.

- dans le cadre du Fonds de Solidarité Logement (F.S.L.), 806 dossiers d'aide au maintien ont été instruits, pour un montant de 14,8 millions de francs, et 929 dossiers d'aide à l'accès ont été instruits, soit un montant de 6,1 millions de francs.
- 200 000 ménages sont en situation d'impayés de loyer.

Par conséquent, même si Paris est une ville globalement riche, beaucoup sont exclus. Paris connaît une montée en charge de la misère. Les personnes en voie d'exclusion, lorsqu'elles ont perdu leur logement doivent recourir au dispositif parisien d'hébergement et de réinsertion sociale. Les C.H.R.S. y occupent une place particulière.

1.5 LE DISPOSITIF D'HEBERGEMENT ET DE REINSERTION SOCIALE A PARIS : DES MODES D'HEBERGEMENT VARIES ET NOMBREUX

Le dispositif parisien d'hébergement et de réinsertion sociale se caractérise par l'importance du nombre de places et par la diversité des hébergements proposés (hébergement collectif, structures éclatées, hôtels, appartements individuels...) pour tenter de répondre aux différents publics de la façon la plus adaptée.

Il compte 12 400 places réparties de la façon suivante :

- 9 600 places permanentes, dont
 - 2 937 places agréées en C.H.R.S. dans 48 centres. Le coût moyen à la place est égal à 80 500 F par an.
 - 2 553 places en solutions intermédiaires, dont 1 154 en hôtels sociaux, et 400 places bénéficiant de l'Aide au Logement Temporaire, (A.L.T.),
 - 3 420 places en Foyers de Jeunes Travailleurs (F.J.T.) pour les jeunes de 16 à 25 ans, dans 35 foyers agréés,
 - 221 places mobilisées dans le cadre de dispositifs spécifiques (toxicomanie, sida...),
 - 500 places conventionnées A.L.T. (hors hôtels sociaux),
- et 2 800 places provisoires destinées à la campagne d'hébergement d'urgence (en particulier l'hiver), et qui doivent pouvoir être mobilisées à la demande.

Les structures sont principalement concentrées dans le 13^{ème} arrondissement qui compte sept C.H.R.S. et de très nombreuses places pour la campagne pauvreté précarité hiver (P.P.H.). Les 12^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 20^{ème} arrondissements sont également bien dotés⁶.

⁶ Cf. annexes 2 et 3.

Paris compte ainsi 2937 places en C.H.R.S.⁷, réparties dans 48 centres, sur une capacité totale de 12 400 places, ce qui représente 23,7% du nombre de places total du dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale.

La diversité et la quantité de places d'hébergement mises à disposition devraient donc permettre aux équipes des centres de travailler un projet de réinsertion de qualité. Pourtant, les personnes accueillies en C.H.R.S., et particulièrement les personnes souffrant de troubles psychiatriques, éprouvent de réelles difficultés à se réinsérer.

1.6 LES SOINS EN PSYCHIATRIE A PARIS : UNE OFFRE NETTEMENT SUPERIEURE AU RESTE DE LA REGION ILE DE FRANCE, SUSCEPTIBLE D'ETRE OPTIMISEE

Le département de Paris est découpé en 38 secteurs pour une population moyenne par secteur de 56 643 habitants. Les établissements de rattachement⁸ sont :

- le C.H. Sainte Anne (Paris) pour 11 secteurs,
- le C.H.S. Maison Blanche (Seine Saint-Denis) pour 12 secteurs,
- le C.H.S. Perray-Vaucluse (Essonne) pour 7 secteurs,
- le C.H.S. Esquirol (Val de Marne) pour 6 secteurs,
- l'établissement privé participant au service public hospitalier (P.S.P.H.) Association de Santé Mentale 13 (A.S.M.13), situé dans l'Essonne, pour 1 secteur.

Au regard de la carte sanitaire définie par l'arrêté n° 98-1-55 de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Ile de France (A.R.H.I.F.), la région Ile de France dispose d'un niveau d'équipement proche de la moyenne nationale, mais Paris est suréquipée par rapport aux autres départements de la région.

La région Ile de France se situe dans les limites des fourchettes préconisées par le ministère et dispose d'un taux d'équipement proche de la moyenne nationale : en ce qui concerne l'hospitalisation complète, la région se situe légèrement au-dessous de la moyenne nationale (avec un taux d'équipement de 0,92 contre 1,37 pour la moyenne nationale) ; par contre, pour ce qui est des structures alternatives à l'hospitalisation, la région est au-dessus de la moyenne nationale.

⁷ Cf. annexes 4 et 5.

⁸ Cf. annexe 7.

	Taux d'équipement partiel (prise en compte des seuls lits d'hospitalisation complète)	Taux d'équipement global (TE partiel auquel on ajoute les structures alternatives)
arrêté ministériel du 11 février 1991	Entre 0,5 et 0,9 lits et places pour 1 000 habitants	Entre 1 et 1,8 lits et places pour 1000 habitants
Région Ile de France	0,92	1,24

Comparaison des taux d'équipement de la région Ile de France par rapport aux taux définis par l'arrêté ministériel du 11 février 1991.

Source : carte sanitaire, schéma régional et annexe de la psychiatrie Ile de France, juin 1998

Par contre, la répartition de l'équipement est très inégale entre les départements de la région. Paris en particulier dispose de moyens matériels, financiers et humains nettement supérieurs à ceux des autres départements. Ainsi, son taux d'équipement partiel est de 1,40 et son taux d'équipement global de 2,12, alors que la Seine et Marne possède respectivement des taux de 0,53 et de 0,65, la Seine Saint Denis 0,61 et 0,89...

DEPARTEMENTS	Equipement installé/population 1995	
	TE partiel	TE global
PARIS	1,4	2,12
SEINE ET MARNE	0,53	0,65
YVELINES	0,72	0,88
ESSONNE	0,81	1,05
HAUTS DE SEINE	1,15	1,62
SEINE SAINT DENIS	0,61	0,89
VAL DE MARNE	0,83	1,20
VAL D'OISE	0,67	0,85
ILE DE FRANCE	0,89	1,24

Comparaison des taux d'équipements des différents départements de la R.I.F.

*Source : inventaire D.R.A.S.S.I.F.
(situation au 30/06/97)*

Paris dispose ainsi d'un excédent de 645 lits en hospitalisation complète et de 376 places en structures alternatives à l'hospitalisation complète.

Par ailleurs, le coût par habitant (chiffres 1998) montre que les établissements sectorisés de Paris sont bien plus chers que la moyenne régionale : la moyenne parisienne du coût par habitant s'élève à 1045 F, alors que la moyenne régionale s'établit à 685 F par habitant, certains établissements sectorisés parisiens ayant un coût par habitant de 1 348 F.

Ces chiffres doivent être interprétés prudemment. Le fait que certaines prestations soient chères ne donne pas pour autant d'indications quant à leur qualité. Les services déconcentrés de l'Etat ne disposent pas encore d'outils suffisamment précis pour évaluer la quantité et la qualité des prestations fournies. La mise en place d'un P.M.S.I. psychiatrie, attendue pour 2001-2002, et l'instauration progressive des démarches d'accréditation sous l'égide de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Sanitaire (A.N.A.E.S.) pourront sans doute lever une partie de ces interrogations et permettre une réelle évaluation de l'activité en psychiatrie.

Enfin, la carte sanitaire définie en 1998 montre que Paris n'utilise pas ses équipements de façon optimale :

- le nombre de secteurs est trop élevé (ils regroupent en moyenne une population de 56 643 habitants, alors que la recommandation ministérielle prévoit 70 000 habitants par secteur) d'autant plus qu'au cours des dernières années, le nombre d'habitants dans Paris a diminué ;
- l'accès aux soins en psychiatrie est difficile car les secteurs sont relativement éloignés des établissements de rattachement (la quasi totalité sont situés en petite couronne, seul l'établissement Sainte Anne est implanté dans Paris intra-muros).

C'est pourquoi, la carte sanitaire de la psychiatrie en Ile de France définie en 1998 prévoit pour Paris :

- d'une part une réduction du nombre de secteurs⁹ (on passerait de 38 à 29 secteurs grâce au regroupement de secteurs et au redécoupage de certains arrondissements),
- d'autre part un rapprochement des lieux de soins du domicile des patients : il s'agit de transférer les secteurs rattachés à Perray-Vaucluse et à Maison Blanche vers des centres hospitaliers situés dans Paris ou à proximité ; des lits doivent également être installés à Paris.

⁹ Cf. annexe 8.

Ces orientations définies par la carte sanitaire coïncident avec les objectifs du schéma régional de la psychiatrie Ile de France. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S., arrêté n° 98-1-56 du 17 juin 1998) prévoit en effet :

- d'assurer une prise en charge de l'ensemble de la population, (ce qui passe notamment par un rapprochement des lieux de soins du domicile des patients),
- de répondre aux enjeux de la psychiatrie, en particulier il s'agit d'aider les personnes en situation de précarité et favoriser leur réinsertion, en lien avec le médico-social,
- de favoriser l'accès aux soins en rééquilibrant le dispositif (en ce qui concerne Paris, cet objectif consiste à réduire le nombre de lits).

Paris apparaît, dans le domaine de la psychiatrie, comme le département le mieux doté de la région Ile de France tant au niveau des équipements que des moyens financiers et matériels. Paris bénéficie également d'un dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale important qui propose des modes de prise en charge variés et un nombre de places conséquent (près de 13 000 places si l'on ajoute l'hébergement d'urgence).

A priori, au vu de l'importance de l'offre d'hébergements et de soins en psychiatrie à Paris, la réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques ne devrait pas poser de difficultés particulières.

Pourtant ce n'est pas le cas. Les malades mentaux orientés vers des C.H.R.S. sont des personnes en souffrance, souvent isolées, qui, la plupart du temps, n'ont plus le soutien ni de leur famille ni de leurs proches. Il leur est très difficile de se réinsérer, d'autant qu'elles doivent gérer les contraintes de la maladie mentale.

Puisqu'une offre quantitative existe, les explications à ces difficultés doivent être recherchées au niveau de la qualité des prises en charge proposées. Leur contenu sera donc analysé, une fois la méthode de travail précisée.

2 PRESENTATION DE LA METHODE DE TRAVAIL RETENUE

Les difficultés rencontrées par les malades mentaux accueillis en C.H.R.S. peuvent tenir à des raisons institutionnelles. On peut alors se demander si les secteurs psychiatriques et les C.H.R.S. s'articulent suffisamment pour permettre la réinsertion de ce public ou bien si les services déconcentrés de l'Etat doivent aussi mettre en place de nouveaux types de prises en charge faisant intervenir des partenariats plus approfondis.

Se pose également la question de l'efficacité des prises en charge proposées par les C.H.R.S. spécialisés dans l'accueil des malades psychiatriques : l'accompagnement social mis en œuvre justifie-t-il cette nouvelle mise à l'écart du droit commun pour un public déjà profondément stigmatisé ?

Les parcours individuels et les contraintes imposées par la maladie mentale peuvent également expliquer pourquoi les malades mentaux rencontrent de telles difficultés dans leurs démarches de réinsertion. Il faut se demander si ces personnes sont suffisamment stabilisées pour envisager un projet de réinsertion, et si au-delà de la maladie psychiatrique, ce public ne cumule pas d'autres handicaps sociaux qui freinent leurs possibilités de réinsertion.

Autant de questions auxquelles il est difficile de répondre.

Les recherches ont donc porté dans un premier temps sur l'étude de la législation (lois, règlements, circulaires...) afin de déterminer précisément l'organisation et les missions des acteurs de la prise en charge en psychiatrie et en C.H.R.S.

Sur le terrain ensuite, l'investigation a porté sur sept C.H.R.S. :

- quatre C.H.R.S. qui accueillent **tout type de public** : il s'agit de
 - **la "Cité Saint-Martin"** : situé dans le 4^{ème} arrondissement, ce centre accueille dans le cadre d'appartements (60 places) des hommes, des femmes, accompagnés éventuellement de leurs enfants,
 - **du foyer "Etoile du matin"** de l'association Aurore, dans le 15^{ème} arrondissement, qui prend en charge des hommes, quelle que soit leur problématique, même si les sortants de prison sont prioritaires ; l'hébergement proposé se fait sous forme d'internat, (55 places),

- **du Service d'Accueil Rapide "Eranne"** de l'association Maavar, dans le 11^{ème} arrondissement : cette structure, de statut C.H.R.S. mais avec une durée de séjour inférieure ou égale à trois mois, dispose de 25 places en chambre d'hôtel et reçoit prioritairement des personnes (hommes, femmes, couples) ayant des troubles psychiatriques,
 - et **du centre "Espoir"** de l'Armée du Salut, qui est situé dans le 13^{ème} arrondissement, et qui n'accueille que des hommes en internat (100 places).
- trois C.H.R.S. qui accueillent **exclusivement** des personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Il s'agit des centres suivants :
- **"Espérance Paris"** : située dans le 17^{ème} arrondissement, cette structure dispose de 18 places hommes et femmes sous la forme d'appartements. Les critères d'entrée sont très sélectifs : la personne doit être orientée par un psychiatre, elle doit avoir entre 18 et 40 ans, ne pas être atteinte par le V.I.H. et doit disposer à son entrée dans le C.H.R.S. de ressources financières suffisantes et stables.
 - **"l'Œuvre Falret"** , dans le 15^{ème} arrondissement et qui dispose de 106 places en internat, réservées aux femmes atteintes de troubles psychiatriques,
 - **"l' Hospitalité du travail"**, située dans le 16^{ème} arrondissement, qui dispose de 25 places en internat.

Ces centres ont été choisis d'abord parce qu'ils sont situés dans différents arrondissements de Paris, ce qui permet une approche globale du département. De plus, les prises en charge proposées prennent des formes variées : certains proposent un hébergement sous forme d'internat, d'autres sous la forme de chambres d'hôtel ou encore d'appartements éclatés. Ils reflètent parfaitement la diversité des hébergements mis en place à Paris.

Ensuite, il a semblé intéressant de rencontrer à la fois des C.H.R.S. qui accueillent tout type de public, et d'autres qui prennent en charge exclusivement des personnes atteintes de troubles psychiatriques, diagnostiqués en tant que tels par un psychiatre (cf. définition retenue en introduction). Cette approche permet de comparer la qualité des prises en charge et de s'interroger sur l'opportunité des C.H.R.S. spécialisés.

Les rencontres¹⁰ se sont déroulées sur la base d'entretiens semi-directifs d'une heure et demie à deux heures avec la direction des structures mais aussi, dans la plupart des cas, avec les équipes socio-éducatives. Le complément d'informations a été obtenu dans les rapports d'activités des différents centres.

¹⁰ Cf. annexe 9.

Des entretiens ont également eu lieu, selon les mêmes principes, avec les secteurs psychiatriques, et notamment les C.M.P.

Des réunions avec les différents partenaires sanitaires et sociaux, organisées soit par la D.A.S.S. de Paris, soit à l'initiative des acteurs de la prise en charge eux-mêmes, m'ont permis d'apprécier les modalités de mise en place d'un partenariat autour de la réinsertion de ce public.

Enfin, des entretiens avec les différents inspecteurs, médecins inspecteurs de santé public, secrétaires administratifs de la D.A.S.S., en charge soit de la psychiatrie, soit de l'hébergement, m'ont permis d'affiner la réflexion autour du sujet.

Dans le cadre de ces entretiens, mes recherches ont concerné les points suivants¹¹ :

- qui sont les malades mentaux accueillis dans les centres et comment sont-ils orientés,
- que recouvre la notion de réinsertion pour les différents acteurs de la prise en charge,
- quelles sont les modalités d'admission,
- comment est mis en place et comment se déroule le travail pédagogique dans les C.H.R.S., quel est le contenu des projets de réinsertion de ce public et est ce qu'il diffère par rapport à celui d'autres publics accueillis en C.H.R.S.,
- quelle est la durée de séjour,
- les renvois ou les placements d'office sont-ils fréquents,
- quels sont les partenaires de la prise en charge et comment fonctionne ce partenariat.

A partir des résultats de ces recherches, la qualité et le fonctionnement du dispositif doivent être analysés pour expliquer les difficultés de réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

¹¹ Cf. annexe 10.

3 ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX DANS LES C.H.R.S. PARISIENS

Sur la base d'une analyse transversale des entretiens et d'une exploitation des statistiques concernant les C.H.R.S. et les secteurs de psychiatrie à Paris, le dispositif de prise en charge des malades mentaux dans les C.H.R.S. parisiens peut être analysé. Cependant, il convient de préciser immédiatement que les statistiques relatives aux C.H.R.S. rencontrés sont difficiles à exploiter et à comparer : ceux qui accueillent tout type de public ne font pas forcément ressortir dans leurs rapports d'activités les statistiques propres aux malades mentaux. Dès lors, la comparaison avec les statistiques des C.H.R.S. "spécialisés" dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques reste incomplète et insatisfaisante.

L'exploitation de ces données permet d'abord de dresser un "profil" du public accueilli : il s'agit de savoir qui sont véritablement les personnes prises en charge, et quelles sont leurs particularités ; ensuite, le fonctionnement du dispositif sera analysé ; enfin, la notion de réinsertion sera précisée : son contenu varie notamment en fonction des interlocuteurs rencontrés et des problématiques des résidents.

3.1 QUI SONT LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ACCUEILLIES DANS LES C.H.R.S. PARISIENS ?

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques accueillies en C.H.R.S. à Paris présentent globalement les mêmes caractéristiques que l'ensemble de la population prise en charge en C.H.R.S. ; à ces traits généraux, communs aux publics marginalisés, ou en voie d'exclusion, s'ajoutent un certain nombre de particularités propres aux malades mentaux.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques accueillies dans des C.H.R.S généralistes sont majoritairement des hommes : ils représentent près de 65% des personnes accueillies, ce qui correspond à la moyenne sur Paris tout public confondu (63,5% des personnes accueillies en C.H.R.S. sont des hommes, les femmes ne représentent que 27,5% des résidents).

Par contre, les trois C.H.R.S. spécialisés dans la prise en charge de malades mentaux n'accueillent pratiquement que des femmes : 106 places à "l'Oeuvre Falret", 25 places à "l'Hospitalité du Travail", et 18 places à "Espérance Paris" ; seul ce dernier centre accueille quelques hommes (7 places). Les hommes atteints de pathologies psychiatriques ne disposent donc pas des mêmes conditions de prise en charge que les femmes, même si globalement le dispositif parisien d'hébergement et de réinsertion sociale manque de places femmes en C.H.R.S.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-45 ans (à hauteur de 50%), aussi bien en ce qui concerne les malades mentaux que l'ensemble de la population ayant recours à un hébergement en C.H.R.S.

85% des malades psychiatriques pris en charge en C.H.R.S. sont célibataires, contre 70% pour l'ensemble des personnes hébergées.

Très peu sont d'origine étrangère : 9 à 10% des personnes accueillies ce qui correspond à la moyenne de tous les C.H.R.S. parisiens tout public confondu. La faible proportion de personnes d'origine étrangère accueillie en C.H.R.S. s'explique en partie par les problèmes posés par l'absence fréquente de titres de séjour...

Ces personnes sont souvent en situation irrégulière, et font parfois l'objet d'arrêtés de reconduction à la frontière. La très grande majorité des C.H.R.S. refusent leur admission, ce qui les incite à s'orienter vers les centres d'hébergement d'urgence. En effet, des centres d'accueil comme "la Mie de Pain" ne posent aucune condition à l'admission. Pourtant il ne s'agit pas d'une solution satisfaisante.

La provenance géographique¹² des malades mentaux accueillis en C.H.R.S. n'est pas spécifique : la grande majorité vient de Paris ou de la région Ile de France (à hauteur de 96%) ; on constate cependant que par rapport à l'ensemble de la population accueillie dans les C.H.R.S. parisiens, les malades mentaux stabilisés sont plus nombreux à venir de la région Ile de France. Cette tendance peut s'expliquer par le fait que certains C.H.R.S. "spécialisés" dans l'accueil de ce type de public n'existent que sur Paris.

Près de 70% des personnes souffrant de troubles psychiatriques disposent de revenus¹³ à leur entrée en C.H.R.S., contre 56% pour l'ensemble de la population prise en charge dans les C.H.R.S. parisiens. Les malades psychiatriques sont plus nombreux à percevoir l'A.A.H. : ils sont 46,4%, contre 8,5% pour l'ensemble de la population C.H.R.S.

¹² Cf. annexe 6.

¹³ Cf. annexe 6.

80% des malades psychiatriques possèdent des droits à la sécurité sociale ouverts à leur entrée dans le dispositif.

Cette présentation rapide des principales caractéristiques des personnes atteintes de troubles psychiatriques prises en charge en C.H.R.S. reste sommaire. Bien évidemment, elle ne prétend pas rendre compte de la complexité des situations. Les malades psychiatriques accueillis dans les C.H.R.S. parisiens constituent une population hétérogène. Cependant, qu'il soit accueilli dans des C.H.R.S. généralistes ou spécialisés, le profil de ce public reste sensiblement identique.

A présent, c'est le fonctionnement du dispositif de prise en charge en C.H.R.S. qui doit être analysé.

3.2 COMMENT FONCTIONNE LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES MALADES MENTAUX EN C.H.R.S. ?

L'analyse du dispositif reprend les éléments qui ont été abordés lors des entretiens avec les équipes socio-éducatives et les directions des C.H.R.S. Une fois encore, la distinction C.H.R.S. généralistes ou spécialisés ne suscite aucune remarque particulière : le dispositif de prise en charge fonctionne de façon similaire dans les deux cas.

3.2.1 Orientation du public

La très grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiatriques sont orientées par les services sociaux des établissements de santé (Centre Hospitalier Spécialisé ou hôpital général)¹⁴. En effet, presque 60% des résidents viennent du milieu hospitalier contre 10% seulement pour l'ensemble de la population accueillie dans les centres d'hébergement.

La plupart des C.H.R.S. rencontrés, spécialisés ou non dans l'accueil de ce type de public, demandent une orientation médicale. Il s'agit de s'assurer du suivi médical de la personne, d'une part pour travailler le projet de réinsertion en collaboration avec le psychiatre, mais aussi, pour vérifier l'état médical de la personne et éviter qu'elle ne décompense.

¹⁴ Cf. annexe 6.

3.2.2 Admission des résidents

La procédure d'admission se déroule généralement selon les mêmes modalités d'un centre à l'autre.

Le candidat est reçu en entretien, seul ou accompagné, par la direction et des membres de l'équipe socio-éducative : son parcours et ses motivations pour entrer dans le centre lui sont demandés. Les équipes se rendent très vite compte si la demande émane réellement de la personne ou si ses propos ont été orientés par les services sociaux.

Tous insistent sur le fait qu'elle doit avoir conscience de sa maladie, et l'accepter : il s'agit là d'une condition indispensable pour être en mesure d'entrer en contact avec elle et travailler un réel projet d'insertion.

Le centre présente le fonctionnement de l'institution et ce que les équipes attendent du résident : il a des droits mais aussi des devoirs ; une participation financière, calculée au prorata des revenus, est demandée dans presque tous les cas.

Un délai de réflexion d'environ huit jours précède généralement l'admission définitive.

3.2.3 Déroulement du travail socio-éducatif

Une fois que la personne a intégré le C.H.R.S., l'équipe socio-éducative commence à travailler le projet de réinsertion à partir des demandes qu'elle a exprimées. Ce travail se fait d'une part dans le cadre d'entretiens individuels avec le psychologue ou les éducateurs, et d'autre part dans le cadre d'ateliers collectifs : certains ateliers sont orientés vers la recherche du bien-être du résident (ateliers de peinture, arts plastiques,...) ; d'autres visent à réapprendre les gestes de la vie quotidienne (gérer son budget, vivre dans un logement autonome, rechercher un emploi, ...).

Une évaluation régulière permet de mesurer l'évolution du résident pour l'amener progressivement à plus d'autonomie. L'accompagnement reste fondamental : il soutient la personne tout au long de son parcours d'insertion et l'aide à accepter d'éventuelles rechutes qui ne doivent pas être vécues comme de nouveaux échecs.

3.2.4 Durée de séjour

Les durées de séjour des malades psychiatriques en C.H.R.S. sont très variables, et il est difficile d'établir une durée type. Si la durée initiale est de six mois, les séjours sont prolongés dans la très grande majorité des cas.

La durée de séjour moyenne pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques est globalement plus longue que le chiffre retenu pour l'ensemble du dispositif d'hébergement parisien : alors que les durées de séjour tout public confondu restent relativement courtes (37,46% des séjours ont une durée comprise entre six mois et un an), celles des malades psychiatriques sont comprises en moyenne entre un an et demi et deux ans. De plus, 30% des prolongations totales en 1997 concernent des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

On peut se demander si certains résidents relèvent effectivement d'un C.H.R.S. ou bien s'ils ne devraient pas être réorientés vers d'autres formes de prises en charge plus adaptées (type post-cure par exemple). Mais, fréquemment se pose le problème du manque de places : les personnes sont maintenues en C.H.R.S. en attendant qu'une place se libère dans une structure plus adaptée.

Les équipes rencontrées soulignent que, d'une manière générale, le travail d'accompagnement est d'autant plus facile à mener et les chances de réinsertion sont d'autant plus élevées que l'entrée dans le dispositif est récente.

Mais dans l'ensemble, les C.H.R.S. jugent insuffisante l'admission à l'aide sociale pour une durée de six mois. Ils revendiquent une certaine souplesse dans la prise en charge des malades psychiatriques. Si une durée de six mois est mobilisatrice pour une personne, une autre a besoin de deux ans pour amorcer un début de réinsertion. Tout dépend du moment où la personne se situe dans la maladie, les équipes doivent s'adapter au temps du résident. C'est ce besoin d'apporter une réponse individualisée qui est difficilement compatible avec l'instauration de règles de droit, identiques pour tous.

3.2.5 Renvois et mesures de placements d'office

Les renvois restent exceptionnels. En général, ils sont justifiés par des passages à l'acte sur d'autres résidents, ou en cas de manquement grave au règlement intérieur : par exemple, au foyer "Etoile du matin", un résident qui s'est drogué au sein de la structure et qui nie sa consommation sera exclu du centre, et éventuellement réorienté vers une autre forme de prise en charge.

Si le résident est dangereux pour lui-même ou pour les autres résidents, dans des cas qui restent malgré tout exceptionnels, il peut faire l'objet d'une hospitalisation forcée, et retourner au centre une fois la mesure levée.

Certaines équipes socio-éducatives se plaignent parfois de la durée trop courte de l'hospitalisation : la personne n'a pas le temps de se stabiliser et retourne dans le même état au C.H.R.S. jusqu'à la prochaine décompensation.

3.2.6 Fonctionnement du partenariat

Les C.H.R.S. et les secteurs de psychiatrie rencontrés travaillent le plus possible, en partenariat, la sortie vers la cité ; ils insistent pour que ces malades aillent vers l'extérieur. Puisque l'objectif de la prise en charge est de les réinsérer dans la société, alors le droit commun doit leur être appliqué : si le résident est trop malade pour se déplacer, il peut faire appel au médecin généraliste de son choix. Mais en aucun cas des vacations médicales ne sont prévues ni financées au sein du centre. Il en va de même pour le suivi psychiatrique : la personne doit se rendre à ses rendez-vous chez le psychiatre. Par contre, le C.M.P. peut toujours intervenir au centre en urgence si la personne décompense brutalement.

Certains C.H.R.S. ont ainsi instauré un véritable partenariat avec les secteurs : c'est le cas par exemple de l'association Aurore et des services du docteur Massé. Les équipes du centre et du C.M.P. se rencontrent régulièrement pour échanger des informations sur des personnes faisant l'objet de prises en charge conjointes, pour confronter leurs points de vue, mais aussi pour faire part de leurs difficultés éventuelles à travailler les uns avec les autres. Ce partenariat, né de la volonté de M. Antoine, directeur du centre, et du docteur Massé, est à présent institutionnalisé, puisque des réunions régulières sont organisées.

La présentation du public et l'analyse du dispositif montrent la diversité et la complexité de chaque situation et de chaque prise en charge. Dès lors, la notion de réinsertion ne recouvre pas les mêmes réalités pour tous. Son contenu varie en fonction des acteurs et de leur logique d'intervention, mais aussi et surtout en fonction des résidents et de leurs parcours personnels.

3.3 QUELLE DEFINITION DONNER A LA NOTION DE REINSERTION ?

Le contenu des projets de réinsertion des malades psychiatriques accueillis dans les C.H.R.S. parisiens n'est pas spécifique : si dans certains cas, une réinsertion professionnelle est envisageable, le plus souvent la réinsertion passe par le logement, voire par une "réinscription sociale" dans les situations les plus extrêmes, comme pour tout public en voie d'exclusion. Par contre, les équipes de certains C.H.R.S. disent adapter leur travail d'accompagnement pour répondre au fonctionnement spécifique des malades psychiatriques.

3.3.1 Réinsertion professionnelle

Elle concerne moins de 5% des résidents atteints de troubles psychiatriques. Certains s'insèrent en milieu ordinaire, d'autres en milieu protégé.

- ***En milieu ordinaire***

En ce qui concerne l'insertion en milieu ordinaire, la plupart des équipes des C.H.R.S. rencontrées ne croient pas beaucoup à une insertion professionnelle durable en milieu ordinaire : d'abord à cause des contraintes liées à la maladie, mais aussi à cause de certaines caractéristiques spécifiques à tout public en voie de désocialisation.

En effet, la maladie psychiatrique pèse lourdement sur les chances de réinsertion professionnelle : d'abord, la psychiatrie fait peur aux employeurs ; ensuite, les traitements médicamenteux très lourds engendrent un certain nombre d'effets secondaires même s'ils stabilisent le malade. Le rythme de la personne est ralenti, elle est plus lente dans l'exécution des tâches, ce qui ne correspond pas aux objectifs de rendement et de productivité poursuivis par la plupart des entreprises.

Enfin, en cas de stress trop important, ou si la personne a arrêté de prendre son traitement, elle décompense et se révèle incapable de travailler : son employeur doit être en mesure de la remplacer immédiatement, ce qui n'est pas toujours le cas. La continuité dans le travail n'est donc pas assurée.

A côté de ces contraintes liées à la maladie psychiatrique, la plupart des malades psychiatriques accueillis en C.H.R.S. à l'heure actuelle disposent d'un niveau de formation relativement faible, obstacle supplémentaire à une réinsertion par le travail.

Près de 75 % ont un niveau inférieur ou égal à un B.E.P./C.A.P. ; cette tendance est particulièrement marquée chez les plus jeunes (elle concerne 85% d'entre eux).

Ensuite, l'insertion professionnelle est facilitée si la personne, même malade, n'a pas perdu son emploi, ou si au moins elle a eu par le passé des expériences professionnelles. Or la grande majorité des personnes atteintes de troubles psychiatriques n'a jamais travaillé : c'est le cas de 70% des résidents, et de 90% des jeunes de moins de 25 ans.

Certaines personnes s'orientent vers des stages, d'autres parviennent à trouver un C.D.D., voire un C.D.I., mais le phénomène reste minoritaire. Puisque cette voie est incertaine, peut-être est-il préférable d'envisager une orientation vers le milieu protégé.

- ***En milieu protégé***

Malgré la crainte de voir le patient stigmatisé, la plupart des médecins demandent aujourd'hui la reconnaissance COTOREP non seulement pour que le patient puisse percevoir l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.), mais aussi pour qu'il puisse bénéficier d'une reconnaissance de travailleur handicapé, et soit à ce titre éventuellement orienté vers le milieu protégé. A l'heure actuelle, 30% des orientations faites par la COTOREP de Paris concernent des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Il faut cependant souligner les difficultés liées à la confrontation des publics : un certain nombre d'individus atteints de troubles psychiatriques refusent d'aller travailler dans des Centres d'Aide par le Travail (C.A.T.) qui accueillent aussi des personnes handicapées physiques ou mentaux : l'image du handicap renvoyée par leurs collègues de travail est trop difficile à supporter ; ce genre de tentatives se soldent parfois par de véritables échecs, la personne se trouvant plus déstabilisée qu'avant.

Une réinsertion professionnelle dans le milieu protégé est plus facile pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques si elle se fait dans le cadre d'un C.A.T. qui n'accueille que ce type de population. Sur Paris, seuls trois C.A.T. sont spécialisés dans la prise en charge de ce public (les C.A.T. "Bastille", "l'Elan Retrouvé", et "le Colibri"), ce qui pose incontestablement un problème en terme de places. Ceci étant, d'autres C.A.T. tout public accueillent aussi des personnes souffrant de troubles psychiatriques, d'autant plus que dans un certain nombre de cas, les personnes accueillies sont polyhandicapées et peuvent manifester des troubles psychiatriques associés ; on retrouve alors les difficultés éventuelles évoquées précédemment.

En ce qui concerne le travail en milieu protégé, l'absence de temps partiel représente un réel problème pour les travailleurs handicapés, et en particulier pour les malades mentaux. Alors même que l'Etat souhaite intégrer les personnes handicapées dans le droit commun, le droit du travail classique ne leur est pas appliqué, sauf en matière d'hygiène et de sécurité. L'impossibilité d'obtenir un temps partiel est d'autant plus dommageable pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques qu'elles se fatiguent très vite à cause des traitements médicamenteux lourds.

Le passage entre le milieu protégé et le milieu ordinaire se fait par le biais de détachement : le travailleur du C.A.T. est mis à la disposition d'une entreprise du milieu ordinaire pendant deux ans au maximum ; au terme de cette période, la personne doit être embauchée par l'entreprise. Ce dispositif connaît un succès mitigé : certaines entreprises jouent le jeu, d'autres mettent fin au contrat juste avant l'expiration de la période des deux ans, même s'ils sont satisfaits du travail de la personne. La psychiatrie continue à faire peur, et les travailleurs handicapés constituent une main d'œuvre bon marché.

Cependant, l'insertion professionnelle en milieu protégé ne concerne là encore qu'un très petit nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques accueillies en C.H.R.S. La majorité des malades psychiatriques qui travaillent en C.A.T. sont peu désocialisés dans le sens où ils n'ont jamais perdu leur logement : soit parce qu'ils sont soutenus par la famille, soit parce qu'ils ont bénéficié d'un suivi médical continu permettant une stabilisation de leur maladie.

Pourtant, la société reste profondément marquée par la valeur travail. C'est pourquoi, l'insertion professionnelle, lorsqu'elle est possible, reste véritablement synonyme d'une insertion sociale.

Mais, dans un contexte de l'emploi très tendu et un taux de chômage élevé, ce type d'insertion en milieu ordinaire est réellement très difficile pour des personnes fragilisées, qui ont du mal à tenir dans un emploi, et qui décompensent parfois de façon brutale. De plus, le milieu protégé n'apparaît pas toujours comme la réponse la plus adaptée. Finalement, quel que soit le type de prise en charge proposé, les contraintes sont telles que l'insertion professionnelle est très difficile et les C.H.R.S. spécialisés rencontrent les mêmes problèmes que les C.H.R.S. qui accueillent tout type de public.

C'est pourquoi, la plupart des centres privilégient d'abord une insertion par le logement, celle-ci conditionnant la possibilité de trouver ou de se maintenir dans un emploi.

3.3.2 Réinsertion par le logement

Au vu des statistiques des C.H.R.S., il semble que la grande majorité des personnes accueillies aient perdu leur logement à cause de la maladie (essentiellement des impayés de loyers). C'est le cas pour presque la moitié des personnes accueillies dans les C.H.R.S. "Espérance Paris" et "Œuvre Falret". De plus, 50 % des résidents ont eu par le passé un logement en leur nom propre, et près de la moitié de ces personnes ont eu ce logement pendant une durée comprise entre 1 et 5 ans. Sans doute parce que la maladie psychiatrique est à l'origine de la perte du logement, le plus important pour ces personnes est de retrouver un habitat stable.

L'insertion par le logement des personnes malades psychiatriques n'est pas spécifique de ce public et se fait globalement dans les mêmes proportions que pour l'ensemble de la population accueillie dans les C.H.R.S. parisiens, soit en moyenne à hauteur de 30%.

Cette tendance peut s'expliquer par le fait que Paris est confrontée à une contrainte immobilière très forte : les prix sont actuellement à la hausse, peu de logements sont disponibles, et les délais d'attente sur les listes H.L.M. ou du Plan d'Occupation du Parc Social (P.O.P.S.) sont parfois très longs. Cette contrainte a poussé certains C.H.R.S. comme "Espérance Paris" à passer des conventions spécifiques avec des sociétés H.L.M. afin de "réserver" un certain nombre de logements à leurs résidents, et garantir ainsi leur sortie du dispositif.

La réinsertion par le logement des malades psychiatriques pose des problèmes spécifiques dans la mesure où le travail d'accompagnement doit intégrer les fragilités psychiques générées par la pathologie.

Certains résidents mettent parfois d'eux-mêmes en échec le projet de réinsertion. Au moment de franchir le pas et de retrouver un logement autonome, ils se sentent incapables d'affronter la solitude et les difficultés de la vie quotidienne. Même si le C.H.R.S. travaille ce projet de manière progressive, en permettant par exemple le passage d'un hébergement in situ à un studio (hébergement éclaté), leur environnement relationnel est très restreint ; la famille est rarement présente pour les soutenir dans ces démarches (15% des résidents ont cessé tout contact avec leurs familles, mais près de 40% continuent à entretenir des relations conflictuelles). De plus, Paris constitue un environnement urbain plutôt agressif dans lequel il est difficile de nouer des contacts, surtout quand on est déjà marginalisé.

C'est pour mieux prendre en compte les spécificités de la pathologie psychiatrique que certains C.H.R.S. se sont spécialisés dans l'accompagnement de ce public. Ils estiment que la séparation des publics augmente les chances de réinsertion dans la mesure où la pédagogie est adaptée aux particularités des malades psychiatriques.

Les travailleurs sociaux sont formés en psychiatrie, les résidents sont à égalité puisqu'ils présentent tous des troubles psychiatriques ; ils n'ont pas besoin d'essayer de manipuler le personnel, car celui-ci est suffisamment compétent en psychiatrie pour ne pas se laisser abuser. Ces équipes ne pensent pas qu'accueillir les malades mentaux dans des C.H.R.S. "spécialisés" risque de les stigmatiser un peu plus encore. Elles estiment que de toute façon, avant même leur entrée au C.H.R.S., les résidents sont déjà profondément marqués par la maladie mentale et leurs hospitalisations successives en C.H.S.

Pourtant, au vu de leurs résultats en matière de réinsertion, on peut s'interroger sur l'opportunité de créer des structures spécifiques qui n'accueillent que des malades psychiatriques.

En effet, les résultats affichés d'un C.H.R.S. à l'autre sont variables : par exemple, près de 28% des résidents du centre "Espoir" de l'Armée du Salut, ouvert à tout public, ont pu réintégrer un logement autonome en 1998 ; c'est aussi le cas de 29% des résidents de la "Cité Saint-Martin", C.H.R.S. généraliste lui aussi.

Les C.H.R.S. spécialisés affichent sensiblement les mêmes taux.

"L'Oeuvre Falret" est parvenue à orienter 22% de ses résidentes vers un logement. Ce faible taux s'explique en partie par l'histoire de l'institution : depuis sa création, ce centre, tenu par des religieuses, a accueilli des malades mentaux qui n'avaient nul part où aller, mais pour lesquels il était impossible d'envisager une réinsertion. Depuis près de deux ans, le centre connaît une profonde réorganisation et accueille un public plus jeune pour lequel une réinsertion, même de type professionnel, peut éventuellement être travaillée.

Quant à "L'Hospitalité du Travail", la réinsertion par le logement concerne 30% des résidentes. Ce centre est tenu par des religieuses, et, en plus d'un C.H.R.S., dispose d'un C.A.T. ainsi que d'une maison de retraite : les ateliers d'insertion du C.H.R.S. sont peu innovants (atelier broderie par exemple) et ne favorisent pas forcément une recherche de travail ou de logement autonome.

Seul le centre "Espérance Paris" affiche un taux de réinsertion par le logement de 66%. Mais ce résultat doit être atténué dans la mesure où la population accueillie est très ciblée : seules sont accueillies les personnes âgées de 18 à 40 ans (pour éviter d'avoir des individus trop chronicisés et donner toutes les chances à une insertion professionnelle), stabilisées, déjà suivies (l'orientation est obligatoirement faite par le psychiatre référent, sinon la demande est refusée), et qui disposent de ressources financières stables (A.A.H. ou R.M.I. déjà ouverts). Toute personne malade mentale atteinte par le V.I.H. est systématiquement refusée.

De plus, la procédure d'admission est très longue : elle se déroule en quatre ou cinq rendez-vous sur plusieurs mois ; l'équipe estime qu'il est nécessaire de construire une relation avant l'admission définitive.

Par conséquent, il est difficile de comparer les statistiques de sortie par le logement d'un centre très sélectif et celles d'un C.H.R.S. ouvert à tout type de public.

Dans l'ensemble, les C.H.R.S. qui ne prennent en charge que des malades psychiatriques n'affichent donc pas forcément des résultats à la hauteur de leurs ambitions. Leur efficacité par rapport aux C.H.R.S. traditionnels ne semble pas probante, puisque les taux de réinsertion par le logement sont quasiment identiques et que toutes les structures, spécialisées ou non, sont confrontées aux mêmes contraintes du marché de l'immobilier à Paris.

Face à ces difficultés et dans la mesure où certaines personnes accueillies en C.H.R.S. sont tellement marginalisées qu'il est impossible d'envisager, au moins dans l'immédiat, un travail de réinsertion, des centres préfèrent alors parler de "réinscription sociale".

3.3.3 "Réinscription" sociale

Les équipes socio-éducatives des centres essaient d'aider l'individu à retrouver des points d'ancrage sociaux, notamment en l'accompagnant dans ses démarches pour faire valoir ses droits. Le passage en C.H.R.S. peut être l'occasion pour la personne malade mentale de se poser et de prendre le temps d'entamer ou de reprendre ses démarches administratives : refaire ses papiers, déposer une demande de R.M.I. en attendant éventuellement un passage en COTOREP, déposer une demande pour une carte "Paris Santé" (qui prend en charge le remboursement de la part complémentaire des frais de santé)...

Les conditions de vie précaires (hébergement temporaire, voire vie dans la rue) empêchent le malade mental de faire valoir ses droits alors qu'à son admission en C.H.R.S., il sait qu'il dispose d'un laps de temps suffisamment long et qu'il n'a plus à se préoccuper de l'endroit où dormir le soir.

Plutôt que de travailler un projet de réinsertion par le logement ou un projet de formation professionnelle, les équipes socio-éducatives préfèrent remettre ces personnes très marginalisées dans des circuits d'insertion : il peut s'agir de mettre en place un suivi psychiatrique si la personne avait interrompu sa démarche de soins, de renouer des liens avec la famille, ou d'entreprendre des démarches en vue de la réouverture des droits...

Par exemple, le service ERANNE de l'association MAAVAR permet à 4% de ses résidents de refaire leurs papiers, à 5% d'obtenir une A.A.H., et à 3% d'obtenir une carte de sécurité sociale et/ou une carte " Paris Santé".

Le dispositif parisien bénéficie d'une offre quantitative importante et variée. Mais une analyse qualitative des prises en charge révèle que la notion de réinsertion recouvre des réalités diverses, et fait ressortir les difficultés des résidents et des acteurs tout au long de la démarche de réinsertion.

D'abord, les contraintes liées à la maladie psychiatrique et le faible niveau de qualification des personnes sont autant d'obstacles à une réinsertion professionnelle.

Ensuite, le contexte économique et social actuel, marqué par un taux de chômage élevé et par la disparition d'emplois peu qualifiés en raison des évolutions technologiques, hypothèque les chances d'accéder à un emploi pour un public déjà fragilisé. Parallèlement, la contrainte immobilière très forte à Paris, la manque de places en structures transitoires (type hébergement en studio éclaté) mais aussi la peur de la solitude freinent l'accès à un logement autonome dans bien des cas.

Par conséquent, la réinsertion des malades psychiatriques fait intervenir de nombreux facteurs. Se pose alors la question des moyens à mettre en œuvre pour améliorer le dispositif et leur garantir une réinsertion durable.

LEVER LES OBSTACLES INSTITUTIONNELS POUR AMELIORER L'INSERTION DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES ACCUEILLIES EN C.H.R.S.

Le dispositif connaît un certain nombre de dysfonctionnements concernant l'aspect institutionnel. Ils peuvent se classer en trois catégories principales :

- d'abord, une réelle évaluation des besoins fait défaut,
- ensuite, le dispositif de prise en charge est engorgé,
- enfin, certaines catégories au sein de la population des malades psychiatriques sont particulièrement fragilisées.

De ces constats découlent un certain nombre d'interrogations.

On peut se demander si le partenariat entre les secteurs sanitaires et sociaux est suffisamment développé pour garantir une prise en charge efficace.

Est ce que la D.D.A.S.S. doit favoriser le développement de centres spécialisés dans la prise en charge des malades mentaux, ou bien est ce qu'il s'agit d'une nouvelle forme d'exclusion ? Dans quelle mesure les C.H.R.S. peuvent-ils choisir leurs résidents sans exclure non plus certaines catégories ?

On peut également s'interroger sur les réponses à apporter aux catégories les plus fragiles parmi les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Des éléments de solution seront proposés pour tenter d'améliorer la prise en charge de ce public et d'augmenter leurs chances de réinsertion dans le droit commun.

1 SE DONNER LES MOYENS D'UNE REELLE EVALUATION DES BESOINS

Le rapport "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale" soulignait en 1994 le manque d'informations et de connaissances des besoins des malades psychiatriques en situation de précarité. Depuis, la connaissance de ce public et de ses difficultés s'est améliorée, mais l'évaluation des besoins reste insatisfaisante.

D'abord, cette population est très hétérogène et par là même difficilement quantifiable : les pathologies psychiatriques prennent des formes très diverses, et un diagnostic peut varier d'un psychiatre à un autre. Ensuite, la frontière entre la souffrance psychologique liée à la précarité et la maladie psychiatrique à proprement parler est souvent floue : quel est le facteur qui fait basculer un individu de la souffrance psychologique à la maladie psychiatrique ?

Par conséquent, l'utilisation des statistiques est mal adaptée à la connaissance de ce public dans la mesure où elles ne reflètent pas la diversité des situations et des problématiques.

Différents rapports mettent en évidence les principales caractéristiques des personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiatriques et dressent la liste de leurs besoins. C'est par exemple le cas du rapport "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale" de décembre 1994, ou encore du rapport de la mission "psychiatrie grande précarité" rendu à M. Emmanuelli, en décembre 1996.

Cependant, ces rapports concernent la plupart du temps l'étude d'un phénomène au niveau national. Si leur utilité ne fait aucun doute dans la mesure où ils apportent des éléments de réflexion et dressent un certain nombre de constats, leur analyse manque forcément de finesse puisqu'elle concerne le territoire national. Pour éclairer la prise de décision sur une aire géographique précise avec des spécificités socio-économiques aussi marquées qu'à Paris, une étude plus ciblée doit être envisagée.

Pour observer le problème des malades psychiatriques en situation de précarité à Paris, les données sont moins nombreuses. L'enquête "La santé mentale des sans-abri dans la ville de Paris" menée en décembre 1996 par Mmes Kovess et Mangin-Lazarus a permis de déterminer la prévalence des principaux problèmes de santé mentale dans la population des sans-abri de Paris, afin d'améliorer leur accès aux soins.

Mais cette étude date déjà d'il y a trois ans, elle aurait sans doute besoin d'être réactualisée. De plus, elle concerne l'accès aux soins des malades mentaux sans-abri. Or, bien d'autres aspects des conditions de vie de ce public et des difficultés qu'il rencontre mériteraient d'être analysées.

De la même manière, en dehors des malades mentaux sans-abri, d'autres catégories au sein de ce public pourraient faire l'objet d'une étude : ceux qui sont pris en charge par le dispositif d'hébergement, les femmes, les jeunes, les sortants de prison ayant des troubles psychiatriques...

Par ailleurs, la D.A.S.S. de Paris utilise les statistiques annuelles des centres d'hébergement pour dresser un bilan des admissions et des prolongations dans les C.H.R.S. Ce bilan permet d'examiner l'évolution du nombre d'entrées et de sorties, de mettre en avant les raisons susceptibles d'expliquer ces phénomènes, et de dresser les principales caractéristiques des populations prises en charge.

Mais l'exploitation des données pose certains problèmes.

D'abord, les services manquent du temps nécessaire pour saisir et exploiter les statistiques. En effet, au cours des deux dernières années, des dossiers conjoncturels particulièrement urgents sont venus s'ajouter aux missions habituelles des services déconcentrés : en 1998, la mise en place du Fonds d'Urgence Sociale, en 1999 l'accueil des réfugiés du Kosovo et en fin d'année la réduction du temps de travail sont venus considérablement alourdir la charge de travail des D.D.A.S.S. Aussi, le dernier bilan des admissions et prolongations dans les C.H.R.S. parisiens date de 1997.

Ensuite, chaque C.H.R.S. a sa propre présentation du rapport d'activité. Aucune grille d'évaluation harmonisée n'est mise en place, ce qui explique aussi les difficultés d'exploitation des statistiques : elles ne peuvent pas toujours être comparées.

De plus, les malades psychiatriques sont pris en charge à la fois par des C.H.R.S. de droit commun et par des C.H.R.S. spécialisés : les statistiques fournies par les centres qui n'accueillent que ce type de public sont relativement faciles à exploiter ; par contre, pour les centres de droit commun, les données qui concernent spécialement les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont plus difficiles à isoler, à moins de demander aux centres un effort supplémentaire au moment de rédiger le rapport d'activité.

Par conséquent, des enquêtes sur l'évaluation des besoins des malades psychiatriques en situation de précarité ou sur l'évaluation du fonctionnement du dispositif ont permis d'améliorer la connaissance globale de ce public.

Mais ces enquêtes restent trop souvent ponctuelles. Les services manquent de temps, les statistiques sont difficiles à exploiter, d'autant plus que cette population est très hétérogène : chaque parcours est unique, la pathologie psychiatrique recouvre des réalités diverses...

Pourtant, la connaissance d'un public et de ses problématiques est indispensable pour éclairer la réflexion et la prise de décision. Il faut donc se donner les moyens d'une évaluation régulière des besoins et des dispositifs : d'abord, une grille d'évaluation commune à l'ensemble des C.H.R.S. doit être mise en place ; ensuite, les services déconcentrés de l'Etat doivent pouvoir recourir à des audits en cas de nécessité.

1.1 METTRE EN PLACE UNE GRILLE D'EVALUATION COMMUNE A L'ENSEMBLE DES C.H.R.S

Une grille type peut être définie par la D.A.S.S. de Paris, elle sera ensuite soumise pour avis aux équipes des centres d'hébergement.

Cette grille doit être synthétique pour être facilement exploitable. Tout en abordant l'ensemble des aspects de la situation du résident, elle doit distinguer :

- selon l'âge : par exemple, inférieur à 25 ans (âge légal pour obtenir le R.M.I.), entre 25 et 60 ans (âge de la retraite), et au-delà de 60 ans éventuellement ;
 - selon le sexe ;
 - selon qu'il s'agit de l'entrée ou de la sortie.
-
- La grille d'évaluation, à l'entrée dans le C.H.R.S., doit mettre en évidence les éléments suivants :
 - portrait des résidents : âge, état civil, nationalité, couverture sociale (droits ouverts : sécurité sociale, carte Paris santé, aide médicale...), problématiques identifiées à l'entrée en C.H.R.S., par qui a été faite l'orientation (services de santé, services sociaux, autres C.H.R.S., samu social, le résident lui-même) ;
 - situation au regard du logement :
 - si la personne a déjà eu un logement en son nom* : localisation géographique, raison de la perte du logement, depuis combien de temps,
 - si la personne n'a jamais eu de logement en son nom* : quel type d'hébergement a-t-elle occupé depuis plus d'un an (famille, amis, hôpital psychiatrique, foyer de post-cure), et sa localisation géographique, depuis combien de temps a-elle perdu cette résidence ; *dernier lieu de séjour avant l'entrée au C.H.R.S.* : type et durée.

- relations familiales : passé social du résident (placement A.S.E., contact rompu, maintenu mais conflictuel, maintenu, famille disparue), les résidents ont-ils des enfants (nombre, âge, type de relations : maintenu ou non...) ;
 - formation et emploi : niveau scolaire, catégorie socio-professionnelle, passé professionnel (a toujours eu un emploi, sans emploi depuis combien de temps, n'a jamais travaillé) ;
 - ressources : montant, type de ressources (A.A.H., R.M.I., ASSEDIC, C.D.D., C.D.I...), endettement éventuel (quel montant).
- A la sortie du centre, les éléments suivants doivent être précisés :
 - sortie : mode de sortie (de soi-même, en prévenant ou sans prévenir, fin de prise en charge, exclusion pour violence ou non respect du contrat, structure inadaptée), impact du séjour (sans effet, effet ponctuel, évolution positive) ;
 - logement : indiquer le type de logement à la sortie (amis, famille, appartement thérapeutique, studio relais, C.H.S., foyer de post-cure) à mettre en regard avec la situation de la personne à son entrée en C.H.R.S. ;
 - ressources/emploi : origine des ressources (A.A.H., R.M.I., C.D.D., petits boulots...), leur montant (> 7000F, entre le S.M.I.C. et 7000F, entre S.M.I.C. et ½ S.M.I.C., < S.M.I.C., aucune) à mettre en regard avec la situation de la personne à son entrée en C.H.R.S.

Cette grille doit être remplie aussi bien par les C.H.R.S. qui n'accueillent que des malades psychiatriques que par les C.H.R.S. de droit commun. Cet effort supplémentaire consenti par les centres devrait permettre d'affiner la connaissance des besoins de ce public et de mieux évaluer le fonctionnement du dispositif. La D.A.S.S. de Paris, en échange, doit s'engager à produire et à transmettre à l'ensemble des partenaires un rapport annuel synthétique qui dresse le bilan du fonctionnement du dispositif.

1.2 RECOURIR PONCTUELLEMENT A DES AUDITS

Parallèlement, et de façon plus ponctuelle, la D.A.S.S. de Paris devrait pouvoir faire appel, si le besoin s'en fait ressentir, à un cabinet de consultant pour faire un audit sur tout ou partie de ce dispositif : d'abord, parce que la charge de travail de ses agents ne permet pas toujours de procéder à une évaluation de très grande ampleur ; ensuite, parce que les services de la D.A.S.S. ne sont pas toujours les mieux placés pour mener cette mission. L'intervention d'un cabinet extérieur permet une certaine neutralité. Enfin, les cabinets d'audit mettent en œuvre des techniques de sondage et un savoir faire que les services déconcentrés ne maîtrisent pas toujours.

La D.A.S.S. de Paris doit pouvoir s'appuyer sur une évaluation réelle et régulière. Il s'agit là d'un outil indispensable d'aide à la décision surtout en période de limitation des enveloppes budgétaires : l'évaluation doit permettre de rationaliser et d'optimiser le dispositif, tout en mettant en œuvre des priorités, définies au regard des besoins du public. Se donner les moyens d'une telle évaluation des besoins est indispensable pour améliorer la réinsertion des malades psychiatriques en situation de précarité. Mais le dispositif souffre également de son engorgement.

2 FAVORISER LA SORTIE ET LA REINSERTION DES MALADES PSYCHIATRIQUES DANS LE DROIT COMMUN

La réinsertion professionnelle ne concerne que 5 % des malades psychiatriques ; près de 30% d'entre eux accèdent à un logement autonome. Ces deux chiffres prouvent effectivement que la réinsertion de ce public reste modeste.

Le problème principal réside dans le fait que tous ces individus, qui ne parviennent pas à se réinsérer, restent dans un dispositif de plus en plus engorgé. Le nombre d'admissions dans les C.H.R.S. parisiens diminue d'années en années : il est passé de 1 024 en 1993 à 641 en 1997 pour la seule population des malades psychiatriques.

Les personnes souffrant de troubles mentaux graves ne peuvent donc pas être immédiatement accueillis en C.H.R.S. et sont obligés de trouver un autre type d'hébergement en attendant qu'une place se libère : près de 13 % sont hébergés dans la famille ou chez des amis, et 3 % recourent au dispositif d'hébergement d'urgence.

De toutes façons, ce temps d'attente maintient les individus dans la précarité et retarde d'autant l'amorce du travail de réinsertion.

De plus, en raison de la montée en charge du nombre de demandes, les C.H.R.S. ont tendance à sélectionner leur public en définissant des critères d'admission très sélectifs. Toute une partie des malades psychiatriques particulièrement vulnérables n'a donc pas accès au dispositif parisien d'hébergement et de réinsertion sociale.

Pour remédier à cette situation, des moyens pour désengorger le dispositif doivent absolument être mis en œuvre : il s'agit d'abord de maintenir la dimension généraliste des C.H.R.S., et ensuite d'améliorer le fonctionnement du partenariat.

2.1 MAINTENIR LA DIMENSION GENERALISTE DES C.H.R.S.

En raison de l'augmentation massive du nombre de demandes, de nombreux C.H.R.S. tendent à se montrer "élitistes" : certains définissent des critères d'entrée très sélectifs et mettent en place une procédure d'admission particulièrement longue (Cf. "Espérance Paris"). D'autres refusent certains types de populations comme les sans papiers, ce qui ne fait que reporter le problème sur l'hébergement d'urgence.

Sans définir des critères d'entrée trop sélectifs, il n'est pas question non plus d'accueillir dans un même lieu toutes les personnes les plus marginalisées, dont aucun centre ne veut. Les équipes doivent pouvoir travailler dans de bonnes conditions, pour elles-mêmes mais aussi pour fournir un accompagnement de qualité et favoriser la réinsertion des résidents.

Le centre "Espoir" de l'Armée du Salut a connu ce type de situation en 1995 : en acceptant d'accueillir des malades mentaux non stabilisés dans des proportions trop importantes, le fonctionnement du centre s'est trouvé très perturbé et les équipes dépassées.

Ainsi, entre un accueil du tout venant et un élitisme laissant de côté les personnes les plus désocialisées, qui auraient le plus besoin d'aide, un juste équilibre doit être trouvé. Certains C.H.R.S. tout public, comme le centre "Etoile du matin" de l'association Aurore, acceptent d'accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans une proportion qui n'est pas de nature à remettre en cause le fonctionnement et l'équilibre général au sein du centre. La dimension généraliste du C.H.R.S. est maintenue, mais les résidents font l'objet d'une approche singulière, selon leurs problématiques.

Il ne s'agit pas non plus de créer de nouveaux C.H.R.S. spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement de malades psychiatriques. Les trois centres spécialisés à Paris n'ont pas à être remis en cause, au moins parce qu'ils ont le mérite d'offrir des places fermes alors que le dispositif parisien d'hébergement en manque. Mais dans la mesure où leurs résultats en matière de réinsertion ne sont pas forcément meilleurs (à moins de s'adresser à une population très ciblée) et comme ils maintiennent leurs résidents dans un statut dérogatoire au droit commun, il est préférable de maintenir le C.H.R.S. dans sa dimension généraliste.

Le mélange de publics différents avec des problématiques différentes permet une plus grande richesse des échanges. Les malades psychiatriques sont des personnes très isolées, et qui ont en général un environnement relationnel restreint. Leurs difficultés à aller à l'extérieur et à nouer des relations avec des gens "normaux" sont réelles. Cette première confrontation avec le droit commun au sein du C.H.R.S. constitue réellement un début de réinsertion pour des personnes profondément stigmatisées par la maladie mentale.

Par contre, maintenir une dimension généraliste au sein du C.H.R.S. ne signifie pas uniformiser les prises en charge : les résidents doivent être considérés dans leur singularité avec leurs problématiques spécifiques, et faire l'objet d'un accompagnement adapté.

C'est d'ailleurs la position adoptée par le groupe de travail "L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux", animé par Mme Parayre, en juin 1995 : le rapport insiste sur la nécessité de mieux utiliser les ressources du milieu ordinaire et d'encourager leur développement, sans créer des circuits parallèles à la marge du réseau social.

Pour être réellement en mesure d'accueillir des malades mentaux et de mettre en place un accompagnement adapté dans le cadre d'un centre de droit commun, les équipes doivent réellement disposer des moyens nécessaires, aussi bien en interne qu'en externe.

En interne d'abord, les travailleurs sociaux doivent avoir de bonnes connaissances en psychiatrie, d'une part pour qu'ils puissent se protéger, et d'autre part pour qu'ils soient capables d'aider véritablement le résident. Il semble également utile d'encourager la mise en place de groupes d'analyse transactionnelle destinés à soutenir les travailleurs sociaux en leur permettant de s'exprimer et de faire part de leurs difficultés.

L'équipe socio-éducative pourrait se composer :

- d'éducateurs et éducateurs spécialisés pour le travail pédagogique,
- d'un ou d'une assistant(e) social(e), en ce qui concerne les démarches administratives et l'ouverture des droits,
- d'un agent de santé qui serait chargé de la prévention et de l'éducation à la santé auprès des résidents.

Les vacations d'un psychiatre, d'un médecin, voire d'une infirmière au sein du centre n'ont pas à être financées par la D.D.A.S.S. : si le postulat retenu consiste à intégrer le résident dans le droit commun, alors il doit être suivi à l'extérieur.

Si le ratio d'encadrement varie en fonction de la population accueillie et de la taille de la structure, un ratio de un pour trois pourrait suffire pour mettre en place un accompagnement de qualité : le travail pédagogique se fait non seulement par la rencontre du résident, mais aussi dans le cadre des réunions de synthèse des équipes, du renforcement du partenariat existant...

Pour être en mesure de prendre en charge des malades psychiatriques dans le cadre de C.H.R.S. de droit commun, les équipes doivent non seulement bénéficier de moyens en interne, mais aussi bénéficier de l'appui des partenaires extérieurs, et en particulier celui des secteurs de psychiatrie. Or, malgré des progrès réels, le partenariat ne fonctionne pas toujours de manière optimale et doit être renforcé.

2.2 RENFORCER LE PARTENARIAT ENTRE LES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

La prise en charge des malades psychiatriques en C.H.R.S. est un dispositif à la frontière du sanitaire et du social. Les acteurs sont différents, ils n'obéissent pas à la même logique d'intervention ; pourtant, tous visent la réinsertion des malades. Ils doivent par conséquent travailler ensemble pour privilégier une approche globale.

Le rapport "Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale" soulignait en 1994 les difficultés d'articulation entre le sanitaire et le social. La situation a évolué : les différents intervenants ont appris, petit à petit, à travailler ensemble.

Pourtant, ce travail en réseau présente un certain nombre d'imperfections : d'abord parce que le partenariat, s'il existe, ne concerne que les C.H.R.S. et les secteurs, alors qu'il pourrait s'étendre à d'autres acteurs ; ensuite, même quand un projet de collaboration est mis en place, son fonctionnement est loin d'être optimal.

Par conséquent, il semble essentiel d'une part d'approfondir les relations existantes entre les C.H.R.S. et les secteurs de psychiatrie et, d'autre part, d'étendre ce travail en réseau à de nouveaux partenaires tels que les Espaces Solidarité Insertion (E.S.I.). Enfin, dans le cadre de ces changements, la D.D.A.S.S. doit pouvoir jouer pleinement son rôle d'animateur.

2.2.1 Renforcer le partenariat avec les secteurs de psychiatrie

Des études soulignent que ce n'est pas tant l'accès aux soins qui pose problème dans le cas de malades psychiatriques accueillis en C.H.R.S., que leur continuité. D'ailleurs, le rapport de la mission "Psychiatrie et grande précarité", remis à M. Emmanuelli en 1996 préconise une "permanence du lien plutôt qu'une permanence du lieu".

C'est précisément pour ne pas rompre ce lien que certaines équipes de secteurs et de C.H.R.S. ont instauré progressivement un travail en partenariat ; celui-ci est même institutionnalisé dans certains cas (cf. le C.H.R.S. "Etoile du matin" et le secteur Sainte Anne). Les équipes des C.H.R.S. n'hésitent plus à faire appel aux compétences des secteurs ; les psychiatres, quant à eux, ne se réfugient plus derrière le concept de "démarche volontaire" : ils vont au devant des patients et n'attendent plus forcément que la personne exprime son intention de se soigner.

Les équipes médicales font preuve d'une plus grande tolérance aujourd'hui dans la mesure où elles ne rompent plus systématiquement le lien lorsque le patient ne respecte pas rigoureusement la démarche de soins.

Mais si le discours a changé par rapport à il y a quelques années, les résistances dans les mentalités sont encore très fortes.

Les équipes n'ont pas toujours le réflexe de se contacter si un dossier nécessite des informations complémentaires ou sur l'orientation à donner dans le cas où un résident va mal. Les travailleurs sociaux se montrent parfois très critiques à l'égard de leurs partenaires en psychiatrie : ils leur reprochent de raccourcir les durées d'hospitalisation, alors que, selon eux, la personne aurait besoin d'être gardée plus longtemps. Les équipes de psychiatrie se retranchent derrière les restrictions budgétaires et leur volonté de ne pas chroniciser le patient.

Le partenariat est également plus difficile à instaurer lorsque le C.H.R.S. et le secteur auquel il est rattaché sont éloignés géographiquement : les travailleurs sociaux ont parfois le sentiment que le secteur trouve ainsi l'occasion de se "débarrasser" de certaines situations sans issue visible ; les équipes de psychiatrie, quant à elles, soulignent que l'éloignement géographique complique l'instauration d'un partenariat durable et efficace, l'équipe du C.H.R.S. ne comprenant pas toujours non plus leurs contraintes.

Ainsi, pour dépasser ces blocages et approfondir le partenariat, il faut encourager une meilleure connaissance mutuelle.

Des systèmes de "stages croisés" peuvent être mis en place : un travailleur social passe par exemple une semaine dans un service de psychiatrie et inversement, un membre de l'équipe de secteur participe à la vie du C.H.R.S. pendant une certaine durée. Ces échanges peuvent être l'occasion pour les personnels de créer des liens différents et d'identifier plus précisément leurs interlocuteurs. Ils visent également à favoriser une meilleure connaissance du cadre de travail et des contraintes de chacun des partenaires.

Plus globalement, la mise en place d'un travail en réseau efficace suppose des efforts de la part de chacun des acteurs : ils doivent sortir de leurs logiques d'intervention et faire preuve de compréhension face aux contraintes et aux difficultés de leurs partenaires, ils doivent échanger sur leurs rôles et leurs fonctionnements respectifs, et rechercher ensemble de nouvelles pistes d'intervention.

La D.D.A.S.S. doit faciliter cette mise en réseau des acteurs car elle connaît les différents partenaires, elle peut proposer et animer des rencontres afin de développer, chaque fois que c'est possible, des échanges entre le social et le sanitaire. Ce rôle d'impulsion permet d'instaurer un partenariat durable et de renforcer le maillage entre les dispositifs, empêchant la multiplication des publics frontières qui n'entrent dans aucun type de prise en charge.

La D.A.S.S. de Paris a ainsi participé à la rédaction d'une charte créant un "réseau psychiatrie – précarité" : ayant conscience des difficultés particulières des malades mentaux en situation de précarité, la D.A.S.S. a souhaité favoriser la rencontre du social et de la psychiatrie.

Chaque établissement public de santé mental doit mettre en place, sous la responsabilité d'un ou plusieurs praticiens hospitaliers, un intersecteur "psychiatrie – précarité", destiné à favoriser l'accès aux soins et la continuité des soins psychiatriques pour les personnes en grande précarité. L'intersecteur est amené à jouer un rôle d'interface auprès des structures d'hébergement, et doit recueillir et diffuser l'information. L'objectif consiste à aller au-devant des patients : une équipe mobile est donc disponible pour évaluer, en cas de crise, la situation de la personne.

En échange, les structures sociales s'engagent à faciliter l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans le cadre d'un projet d'insertion qui comporte un volet social et un volet psychiatrique.

Ce réseau est coordonné et animé par un psychiatre praticien hospitalier, désigné par la D.A.S.S. Chaque année, le réseau doit être évalué.

Voici donc un exemple où la D.A.S.S. de Paris joue pleinement son rôle d'animateur, ce qui a permis d'institutionnaliser et d'approfondir un partenariat préexistant.

Il faut cependant être prudent et ne pas vouloir institutionnaliser à tout prix les réseaux existants : ils reposent essentiellement sur des relations de personnes et permettent de contourner les lourdeurs de certaines procédures. Si une institutionnalisation des réseaux est nécessaire pour garantir leur pérennité, elle ne doit pas non plus bloquer leur fonctionnement. Un équilibre doit être trouvé entre une officialisation nécessaire et une efficacité à préserver.

Si le renforcement du partenariat entre les C.H.R.S. et les secteurs de psychiatrie est indispensable pour améliorer la prise en charge des malades mentaux, ce travail en réseau peut également être élargi à d'autres acteurs du champs social.

2.2.2 Elargir le partenariat à de nouveaux acteurs

- **Aux Espaces Solidarité Insertion**

Les Espaces Solidarité Insertion sont des lieux d'accueil de jour, sans distinction des publics, qui tentent de promouvoir les capacités individuelles des personnes en fonction de leur état et de leur volonté. Ce sont des relais des centres d'hébergement dans la journée. Onze E.S.I. fonctionnent à l'heure actuelle sur le département parisien et accueillent chaque jour entre cinquante et plusieurs centaines de personnes.

Ce sont des acteurs fondamentaux car ils constituent souvent le premier interlocuteur des personnes en situation de précarité. Les E.S.I. devraient donc s'inscrire dans les relations de partenariat qui existent déjà entre les C.H.R.S. et les secteurs de psychiatrie : ils pourraient contacter le secteur pour orienter un individu susceptible de présenter des troubles psychiatriques (il ne s'agit pas non plus de faire un diagnostic à la place du psychiatre) ; les C.H.R.S. et les E.S.I. pourraient également harmoniser leurs efforts pour augmenter les chances de réinsérer la personne : le C.H.R.S doit savoir ce que propose l'E.S.I. en terme d'ateliers (cellule recherche d'emploi, atelier informatique...) ; quant à l'équipe de l'E.S.I., elle doit connaître les modalités de fonctionnement du centre ainsi que le contenu du projet de réinsertion de la personne.

Ce partenariat pourrait s'organiser au coup par coup, dans une aire géographique limitée et pour un nombre restreint de structures au départ afin de favoriser les relations de personnes, souvent à l'origine des expériences nouvelles de travail en réseau. Les difficultés de fonctionnement devront ensuite être mises à plat pour tirer les enseignements de ces expériences. Si ces conclusions se révèlent globalement positives, ces nouvelles expériences de partenariat pourront être généralisées.

Le partenariat pourrait également être étendu à d'autres acteurs comme les Equipes de Préparation, et de Suite du Reclassement (E.P.S.R.) ou le Plan Départemental d'Insertion (P.D.I.).

- **Aux Equipes de Préparation, et de Suite du Reclassement (E.P.S.R.)**

Des liens avec le domaine du handicap doivent se créer pour essayer de travailler la réinsertion des malades psychiatriques en collaboration avec les C.H.R.S. et la psychiatrie ; la réinsertion professionnelle, même si elle se fait en milieu protégé, reste synonyme d'une réinsertion sociale.

- ***Au Plan Départemental d'Insertion (P.D.I.)***

De la même manière, le P.D.I. devrait sans doute mieux intégrer la dimension de la maladie psychiatrique : à l'heure actuelle, il paraît assez peu adapté aux problématiques des malades mentaux car les formations proposées sont trop longues, trop intensives et concernent exclusivement le milieu ordinaire.

Seule une cellule de soutien psychologique est actuellement financée dans le cadre du P.D.I. : elle sert essentiellement à soutenir certains travailleurs sociaux qui se sentent démunis, mais elle est peu utilisée par les allocataires eux-mêmes. Des lieux d'écoute spécifiques devraient être mis en place pour prévenir le basculement dans la précarité et l'exclusion de certains allocataires présentant des troubles psychiatriques.

Des efforts supplémentaires pourraient donc sans doute être consentis afin de mieux prendre en compte leurs difficultés.

Les services déconcentrés de l'Etat pourraient ainsi réfléchir à l'organisation de nouveaux partenariats, élargis ; mais encore faut-il avoir le temps et le recul nécessaires pour mener cette réflexion, il faut également pouvoir disposer de crédits supplémentaires destinés à alimenter ces nouveaux dispositifs, dont la mise en place et le fonctionnement restent soumis à la bonne volonté des partenaires. C'est pourquoi, la D.D.A.S.S. aurait sans doute intérêt à mener tout un travail en amont auprès des différents partenaires pour les convaincre du bien-fondé de ces actions nouvelles.

C'est peut-être ainsi qu'on pourra favoriser la réinsertion dans le droit commun des malades mentaux accueillis en C.H.R.S., et désengorger du même coup le dispositif. Cependant, certaines catégories très fragilisées nécessitent des réponses spécifiques.

3 APPORTER DES REPONSES SPECIFIQUES A DES CATEGORIES DE MALADES MENTAUX PARTICULIEREMENT FRAGILISEES

La population des personnes atteintes de troubles psychiatriques est très hétérogène : si 65% des personnes accueillies en C.H.R.S. sont des hommes adultes, tous les centres rencontrés notent un rajeunissement et une féminisation au sein du public pris en charge. Enfin, certaines personnes ont des troubles tels qu'elles ne relèvent pas d'une prise en charge en C.H.R.S.

3.1 LES JEUNES

Depuis près de deux ans, le public présentant des troubles psychiatriques accueillis dans les C.H.R.S. parisiens tend à se rajeunir : la part des moins de 25 ans augmente régulièrement de 3% par an tout sexe confondu, alors que le dispositif d'hébergement à Paris leur réserve 135 places, soit 4,6% des capacités totales. La D.A.S.S. de Paris sera certainement amenée à financer la création de places supplémentaires si la montée en charge de ce public se poursuit.

Certaines équipes soulignent les lacunes de la législation applicable aux jeunes : les jeunes placés par l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) sont suivis jusqu'à 21 ans ; au-delà, ils deviennent des "border lines", c'est à dire qu'ils n'entrent dans aucun dispositif de prise en charge puisqu'ils sont trop âgés pour continuer à être suivis par l'A.S.E. mais, ils sont également trop jeunes pour prétendre au R.M.I.

Certains psychiatres hésitent à demander une reconnaissance COTOREP car ils craignent d'enfermer ces jeunes dans un statut de personne handicapée, leur enlevant ainsi toute chance de se réinsérer dans le droit commun.

Dès lors, beaucoup errent dans le dispositif d'hébergement d'urgence, certains parviennent à être admis en C.H.R.S. : la part des moins de 25 ans augmente de presque 25% par an, hommes femmes confondus, dans les services d'accueil rapide comme "Eranne". Ils recommencent à zéro un travail de réinsertion alors qu'ils ont déjà tout un passé de suivi social.

Les pouvoirs publics doivent combler ce vide juridique, en adoptant les mesures législatives et réglementaires adéquates, ce qui suppose une réelle volonté politique.

Ensuite, les C.H.R.S. doivent également développer des ateliers adaptés à ce public afin de garantir leurs chances de réinsertion, d'autant plus que les jeunes ne ressemblent pas aux générations passées. Le manque de repères est plus grand, le niveau de qualification est généralement plus faible que celui de leurs aînés (85% des moins de 25 ans ont un niveau inférieur ou égal à un B.E.P. ou C.A.P., contre 70% pour les plus de 25 ans), leur passé psychiatrique est déjà lourd.

De plus s'ajoute le problème des conduites addictives : plus le jeune est maintenu dans la précarité, plus il risque de toucher à la drogue, ce qui réduit ensuite considérablement ses chances de se réinsérer .

Ces jeunes, malgré leur galère, ont la chance de ne pas errer depuis trop longtemps dans le dispositif : il est donc fondamental de travailler le plus efficacement et le plus rapidement possible leur réinsertion avant qu'ils ne s'installent dans la précarité. L'expérience montre aussi que ces jeunes ont besoin d'un accompagnement relativement long.

Les centres doivent par conséquent développer un travail d'accompagnement qui restructure le jeune, tout en tenant compte de sa pathologie psychiatrique. Face aux difficultés qu'il rencontre pour respecter le contrat passé avec la structure, une certaine fermeté doublée d'un intérêt réel pour ses problèmes sont souvent nécessaires. De plus, l'accompagnement mis en place doit lui permettre d'évoluer progressivement vers une autonomie croissante (foyer, puis appartement éclaté...).

Par ailleurs, il semblerait souhaitable de favoriser au sein des ateliers de certains C.H.R.S. un programme de remise à niveau, préalable indispensable à un projet de réinsertion.

Le travail de réinsertion pourrait également faire intervenir en partenariat d'autres acteurs des politiques spécifiques aux jeunes, comme les missions locales par exemple.

Parallèlement, le développement d'une réelle politique de prévention des risques permettrait probablement de réduire le nombre de jeunes souffrant de troubles psychiatriques en situation d'exclusion. Il ne faut plus attendre qu'ils aient basculé dans la précarité.

Les travailleurs sociaux des équipes de psychiatrie infanto-juvénile pourraient par exemple mettre en place tout un travail en amont, destiné à prévenir le glissement vers l'exclusion : prévenir les ruptures familiales en jouant les médiateurs et en incitant les familles à suivre des thérapies familiales ; en cas d'hospitalisation, préparer la sortie du jeune adulte en relations avec le C.M.P. et sa structure d'hébergement si le jeune ne vit plus chez ses parents...

A l'heure actuelle, aucune solution particulière ne semble avoir été mise en place pour répondre aux besoins spécifiques des jeunes atteints de pathologies psychiatriques, sans doute parce que leur montée en charge est encore trop récente. Mais si cette part continue à augmenter au sein de l'ensemble des personnes accueillies dans les C.H.R.S. parisiens, la D.A.S.S. de Paris devra sans doute réunir les différents partenaires et créer un comité de pilotage réunissant les missions locales, les F.J.T., les C.H.R.S., les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, l'A.S.E. pour réfléchir à une meilleure articulation des dispositifs existants.

3.2 LES FEMMES

Le public présentant des troubles psychiatriques accueillis dans les C.H.R.S. parisiens compte de plus en plus de femmes : leur nombre augmente chaque année de près de 1%. Si les trois C.H.R.S. spécialisés dans la prise en charge des malades mentaux n'accueillent pratiquement que des femmes, le dispositif global d'hébergement et de réinsertion sociale parisien manque de places pour les femmes : sur un total de 2 937 places en C.H.R.S., seules 283 places sont réservées à l'hébergement des femmes, ce qui représente 9,84% des capacités totales.

Deux séries de problèmes distincts concernent les femmes malades psychiatriques : d'abord, le maintien des relations avec leurs enfants, ensuite la prise en charge de femmes qui sont très marginalisées, suite à une période d'errance dans la rue.

La plupart des femmes malades psychiatriques n'ont plus de vie de famille et leurs enfants sont généralement placés par l'A.S.E. Le maintien des relations pose de réelles difficultés : l'A.S.E. met en avant la protection du mineur et ne facilite pas toujours les contacts entre l'enfant et sa mère sous prétexte que celle-ci est suivie en psychiatrie ; les équipes des C.H.R.S. se battent de leur côté pour faire valoir les droits de la mère car le maintien des liens avec son enfant constitue un soutien fondamental dans sa démarche de réinsertion.

A ces difficultés relationnelles entre des services qui obéissent à des logiques différentes, ces mères soulignent l'absence de lieu convivial pour rencontrer leur enfant. Le C.H.R.S. n'est pas adapté, une rencontre chez la famille d'accueil risque de compliquer les relations entre l'enfant et sa mère naturelle. De plus, lorsqu'il fait mauvais, la mère ne sait pas où aller : le café n'est pas adapté, le cinéma nécessite de l'argent et n'est pas l'endroit idéal pour se retrouver son enfant et essayer de recréer des liens...

Par conséquent, au-delà d'une amélioration nécessaire des relations entre certains C.H.R.S. et les services de l'A.S.E., la D.D.A.S.S. en partenariat avec les services du Conseil Général pourrait envisager le financement de lieux dans lesquels les mères et les enfants pourraient se rencontrer. Ce type de mesure présenterait l'avantage d'offrir un cadre de rencontre neutre, et de maintenir des liens déjà distendus.

A côté des difficultés pour préserver les relations entre les mères et leurs enfants, d'autres problèmes concernent les femmes malades mentales très désinsérées, à la suite d'une période d'errance à la rue, et pour lesquelles la prise en charge en C.H.R.S. classique n'est pas adaptée.

Si les femmes malades psychiatriques admises en C.H.R.S. à la suite d'une hospitalisation ne posent pas de problèmes spécifiques, celles qui en plus de leur maladie ont connu un temps de vie à la rue (absence de logement stable, suivi psychiatrique parfois entrecoupé...), sont beaucoup plus marquées : le contact est plus difficile à établir, les tentatives de suicide sont plus nombreuses, elles se réfugient dans le mutisme, leur relation à l'homme reste très conflictuelle.

Malgré un partenariat avec les secteurs, les équipes des centres ne parviennent pas toujours à travailler un projet de réinsertion : la prise en charge de ces femmes semble plus relever d'une posture psychiatrique que d'un C.H.R.S., ou du moins leur état nécessite des soins médicaux qui dépassent largement la seule dimension sociale.

De nouvelles structures d'accueil doivent être créées, aussi bien pour ces femmes très marginalisées, que pour d'autres catégories de malades mentaux pour lesquels la réinsertion est impossible.

3.3 CREER DE NOUVELLES STRUCTURES POUR LES MALADES MENTAUX LES PLUS DESINSERES

Certaines catégories de malades mentaux sont particulièrement désinsérées, soit parce que la pathologie psychiatrique est devenue trop aliénante, soit parce que ces personnes sont "cassées" par un passage dans la rue.

Pour ces individus, il est impossible d'envisager une réinsertion en milieu ordinaire. Pourtant, ils continuent à être pris en charge en C.H.R.S. alors que leur état ne le justifie pas. Ils sont maintenus de façon artificielle dans le dispositif parce qu'il n'existe aucun autre type de structures susceptible de les accueillir.

Mais en même temps, un certain nombre de places se trouvent bloquées. Les équipes des C.H.R.S. se heurtent alors au dilemme suivant : faut-il libérer des places et favoriser ainsi les malades psychiatriques qui ont une chance de se réinsérer ou bien faut-il, malgré tout, continuer à héberger les plus marginalisés parce qu'une mort quasi certaine les attend, si on les renvoie à la rue ?

La plupart des équipes rencontrées préfèrent garder ces personnes même si elles ne relèvent pas d'un C.H.R.S., parce qu'elles ne peuvent pas les renvoyer à la rue. Mais, du même coup, ils bloquent des places, et hypothèquent ainsi les chances de réinsertion d'autres malades.

Les acteurs de la prise en charge soulignent la nécessité de créer de nouveaux types de structures pour désengorger les C.H.R.S. et permettre à des personnes très déstructurées de se maintenir dans un hébergement durable. Il s'agit de créer des conditions de vie adaptées et décentes pour ce public spécifique. Les pensions de famille semblent répondre à ces objectifs.

Il s'agit d'un ensemble de logements de droit commun, accueillant quinze à vingt personnes au maximum, isolées ou en familles, mais sans enfant. Les pensions de famille offrent un cadre de vie rassurant à des personnes très déstructurées, au parcours chaotique, sans limite de durée. Ce sont des hébergements durables. Aucun accompagnement social n'est prévu car les pensions de famille n'ont pour vocation ni l'insertion, ni l'éducation de ces personnes.

Un couple d'hôtes, eux-mêmes locataires d'un appartement sur place, assure l'encadrement et sert de relais pour les locataires en difficulté en leur apportant un soutien dans la vie quotidienne.

Les pensions de famille s'adressent donc à des personnes dont la problématique empêche au moins à court terme une insertion dans un logement indépendant.

Ce nouveau type de structures se distingue des résidences sociales de par la durée (les pensions de famille sont sans limitation de durée, alors que les résidences sociales hébergent des personnes pour une durée maximale de deux ans) et de par le public accueilli : les pensions de famille accueillent des personnes très marginalisées, alors que les résidences sociales s'adressent à des personnes en insertion stabilisée.

Les services déconcentrés de l'Etat doivent se montrer particulièrement vigilants à la mixité au sein de ces pensions de famille : elles doivent accueillir tout type de public très désinséré, pour qui une insertion classique par le logement est impossible.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne doivent pas se retrouver qu'entre elles, enfermées à nouveau dans un ghetto. Des individus aux problématiques diverses doivent pouvoir accéder aux pensions de famille, dès lors que l'équilibre de la structure est préservé.

A l'heure actuelle, les pensions de famille sont créées à titre expérimental, et ne nécessitent aucun passage en C.R.O.S.S. Seul un label est attribué par le Ministère du Logement.

Les frais de fonctionnement sont couverts par :

- le loyer des hébergés,
- le versement par la C.A.F. de l'Aide Pour le Logement (A.P.L.) à condition que les frais d'investissement soient financés par un Prêt au Logement Aidé Très Social (P.L.A.T.S.),
- une participation de la D.D.A.S.S., destinée à couvrir le salaire du couple d'hôte.

La création de ce type d'hébergement devrait être encouragée car il permet de désengorger le dispositif des C.H.R.S. traditionnels. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques les plus désinsérées peuvent ainsi bénéficier d'un hébergement durable, sans souffrir de la solitude, et sans se retrouver non plus enfermées dans une sorte de ghetto.

Sur un plan strictement financier, et au delà du bien-être apporté à un public déjà fortement éprouvé, la création de pensions de famille peut générer des économies : pour sortir à tout prix des personnes, certains résidents pas tout à fait stabilisés accèdent trop tôt à un logement autonome et décompensent, retombant ainsi dans le cercle des hospitalisations à répétition, de la précarité et des démarches d'insertion avortées, ...

L'accès à un logement durable, même collectif, peut véritablement constituer un début de réinsertion pour des individus très désocialisés.

CONCLUSION

La diversité des parcours individuels et des pathologies psychiatriques explique pourquoi la population des malades psychiatriques accueillie en C.H.R.S. est très hétérogène.

Si le dispositif parisien offre un éventail de prises en charge large et varié pour répondre au mieux aux besoins de ce public, la réussite des projets de réinsertion demeure variable : le contexte économique n'est pas favorable à une réinsertion professionnelle, l'insertion par le logement est longue et difficile...

Les dispositifs tels qu'ils sont prévus sont susceptibles d'être améliorés et des aménagements sont indispensables. Cependant, les chances de se réinsérer dans le droit commun restent largement conditionnées par la personne elle-même. A un moment précis de son histoire, elle doit trouver la volonté nécessaire pour s'en sortir, elle doit aussi avoir la chance de se voir proposer une prise en charge qui convienne à sa personnalité et à son parcours. De plus, les équipes le soulignent bien, ceux qui parviennent le mieux à se réinsérer sont généralement aussi ceux qui ont passé le moins de temps dans les circuits de prise en charge.

Parallèlement, le dispositif parisien est confronté à la montée en charge de nouvelles catégories de malades mentaux particulièrement fragilisés, comme les jeunes ou les femmes. Pour l'instant, aucune mesure spécifique n'est prévue, d'abord parce que ces publics ne sont pas toujours en mesure de faire valoir leurs besoins ; ensuite, parce que le phénomène est relativement récent, et les services de l'Etat manquent de recul.

L'ensemble des difficultés de fonctionnement des dispositifs existants et l'apparition de ces nouvelles problématiques doivent être prises en compte pour améliorer les chances de réinsertion d'un public fortement marginalisé. L'élaboration du nouveau schéma directeur de l'hébergement social à Paris, à la fin de l'année 1999, doit être l'occasion de développer de nouvelles pistes de réflexion et de redonner sa place à un usager généralement mal représenté.

Dans les secteurs de la maladie mentale et de la précarité, le public concerné exprime difficilement ses besoins et ses attentes. Ce sont généralement les professionnels qui font remonter auprès de la D.A.S.S. de Paris ce qu'ils estiment nécessaire ; or ces informations ne correspondent pas toujours aux souhaits des individus concernés. La D.A.S.S. doit par conséquent inciter les structures d'hébergement et les équipes médicales à consulter les personnes atteintes de troubles psychiatriques pour qu'elles puissent véritablement s'exprimer.

En s'appuyant sur les besoins du public et les attentes des professionnels, ce nouveau schéma doit permettre d'améliorer les dispositifs existants : le partenariat doit être renforcé, les acteurs doivent s'adapter aux évolutions socio-économiques, et faire face aux problématiques nouvelles du public pris en charge, certaines catégories pouvant faire l'objet de mesures particulières.

Les besoins spécifiques des malades mentaux en situation de précarité seront réellement être pris en compte : des prises en charge mieux adaptées pourront alors peut-être répondre aux attentes d'un public en grande souffrance.

Il y a véritablement urgence. Trop d'individus atteints de troubles psychiatriques basculent dans la précarité et l'exclusion sans jamais parvenir à retrouver une place dans la société. Cette situation n'est plus acceptable.

SIGLES

- A -

A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé.
A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation Sanitaire.
A.N.P.E. : Agence Nationale Pour l'Emploi.
A.L.S. : Allocation Logement Social.
A.L.T. : Allocation Logement Temporaire.
A.P.I. : Allocation Parent Isolé.
A.R.H.I.F. : Agence Régionale de l'Hospitalisation Ile de France.
A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance.
A.S.H. : Aide Sociale à l'Hébergement.
A.S.M. 13 : Association de Santé Mentale du 13^{ème}.

- C -

C.A.F. : Caisse d'Allocations Familiales.
C.A.P. : Certificat d'Aptitude Professionnelle.
C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail.
C.A.T.T.P. : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.
C.D.D. : Contrat à Durée Déterminée.
C.D.I. : Contrat à Durée Indéterminée.
C.F.A.S. : Code de la Famille et de l'Aide Sociale.
C.H.G. : Centre Hospitalier Général.
C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé.
C.H.R.S. : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.
C.I.M. : Classification Internationale des Maladies.
C.M.P. : Centre Médico-Psychologique.
C.N.R.S. : Centre National de Recherche Scientifique.
CO.T.O.RE.P. : Comité Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel.
C.P.O.A. : Centre Permanent d'Orientation et d'Accueil.
C.R.O.S.S. : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.

- D -

D.G.S. : Direction Générale de la Santé.

- E -

E.P.S.R. : Equipe de Préparation, et de Suite du Reclassement.

E.S.I. : Espace Solidarité Insertion.

- F -

F.J.T. : Foyer de Jeunes Travailleurs.

F.S.L. : Fonds de Solidarité Logement.

- H -

H.D.T. : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

H.L.M. : Habitation à Loyer Modéré.

H.O. : Hospitalisation d'Office.

- I -

I.N.S.E.E. : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques.

- P -

P.D.I. : Plan Départemental d'Insertion.

P.L.A.T.S. : Prêt au Logement Aidé Très Social.

P.L.A.I. : Prêt au Logement Aidé Insertion.

P.P.H. : Pauvreté Précarité Hiver.

P.O.P.S. : Plan d'Occupation du Parc Social.

P.M.S.I. : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information.

P.S.P.H. : Participant au Service Public Hospitalier.

- R -

R.I.F. : Région Ile de France.

R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion.

- S -

S.M.I.C. : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance.

S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

- V -

V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie de la réglementation

- **Concernant la psychiatrie**

[01] - Circulaire n° 340 du 15 mars 1960 relative au secteur et à l'humanisation des hôpitaux psychiatriques.

[02] - Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

[03] - Circulaire D.G.S./981/M.S.1 du 9 mai 1974 complétant l'organisation de la psychiatrie publique en secteur.

[04] - Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

[05] - Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

[06] - Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

[07] - Circulaire n° 90-577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

[08] - Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

[09] - Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

[10] - Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifiée par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.

[11] - Circulaire D.G.S./D.H. n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.

- **Concernant les C.H.R.S.**

[12] - Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 portant réglementation publique pour application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance.

[13] - Loi n° 754-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du Code de la Famille et de l'Aide Sociale, du code du travail ainsi que l'article 51 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

[14] - Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

[15] - Décret n° 76-526 du 15 juin 1976 portant application des articles 185 et 185-3 du Code de la Famille et de l'Aide Sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatifs aux centres d'hébergement et de réinsertion.

[16] - Circulaire n° 91-19 du 14 mai 1991 relative aux missions des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

[17] - Circulaire D.A.S./D.S.F.E./T.S. 2 n° 98-774 du 30 décembre 1998 relative à la campagne budgétaire 1999 dans les C.H.R.S.

[18] – Guide méthodologique pour l'élaboration des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, D.A.S., 15 janvier 1999.

- **Concernant la lutte contre les exclusions**

[19] - Loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

- **Concernant le travail en réseau**

[20] - Circulaire D.G.S. n° 74 bis du 2 décembre 1993 relative au travail en réseau.

[21] - Circulaire D.G.S. n° 88 du 1^{er} décembre 1994 relative au travail en réseau.

[22] - Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, titre III chapitre premier filières et réseaux de soins.

Bibliographie concernant la santé mentale

[23] - A. LAZARUS, Conférence inaugurale aux 26^{èmes} journées T.N.H. des 8 et 9 juin 1999, "mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie".

[24] - PARAYRE Claudine, rapport "L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux", mars 1995, rapport du groupe de travail du ministère de la santé publique et de l'assurance maladie.

[25] - SARAZIN Isabelle, "La difficile rencontre de la psychiatrie et de la misère", A.S.H., n° 1980, juin 1996.

[26] - ZARIFIAN Edouard, "Les maladies mentales aujourd'hui", Recherches et santé, n° 77, janvier 1999, p. 12-27.

[27] - Carte sanitaire, schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile-de-France, arrêtés n° 98-1-55 et n° 98-1-56 du 17 juin 1998, A.R.H.I.F.

Bibliographie concernant l'organisation administrative française,
ainsi que les domaines sanitaire et social

[28] - BRAIBANT Guy, "le droit administratif français", éditions Dalloz, 1995.

[29] - V. KOVESS, C. MANGIN-LAZARUS, "La santé mentale des sans-abri dans la Ville de Paris", décembre 1996.

[30] - LA ROSA Emilio, "Santé, précarité et exclusion", P.U.F., collection "le sociologue", 1998.

[31] - MARTINEZ Véronique, "Pour répondre à la détresse psychosociale dans le Vaucluse : la nécessaire articulation entre la politique de santé mentale et le dispositif d'hébergement et de réinsertion sociale". Mémoire d'exercice professionnel d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales 1995-1997.

[32] - PAUGAM Serge, "La dynamique de la déqualification sociale", in Sciences Humaines, n° 28 mai 1993.

[33] - PELLISSIER Myriam, "Les relations entre C.H.R.S. et secteurs psychiatriques dans les Bouches du Rhône". Mémoire d'exercice professionnel d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales 1996-1998.

[34] - QUARETTA Bernard, Rapport "Face à l'errance et à l'urgence sociale", 29 novembre 1995, rapport remis au Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre chargé de l'action humanitaire d'urgence.

[35] - SOULIE Véronique, "L'hébergement et l'accès aux soins des jeunes 16-25 ans présentant une souffrance psychologique, psychiatrique dans le département de l'Essonne". Mémoire d'exercice professionnel d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales 1995-1997.

[36] - Schéma directeur de l'hébergement social à Paris, D.A.S.S. de Paris, juin 1995.

[37] - Bilan 1997 "admission et prolongation", réalisé par l'instance départementale de régulation des C.H.R.S. parisiens.

[38] – “Etude du dispositif de santé mentale mis en place à Paris pour les allocataires du R.M.I.”, enquête EPSILON et C.R.E.A.I. Ile de France, mars 1999.

[39] – Rapports d’activités des C.H.R.S. suivants

Rapports d’activité 1997 et 1998 du service “Eranne”, association Maavar.

Rapport d’activité 1998 du centre “Espoir”, Armée du Salut.

Rapport d’activité 1998 du foyer “Etoile du matin”, association Aurore.

Rapport d’activité 1998 de l’association “Œuvre Falret”.

Rapport d’activité 1998 du centre “Espérance Paris”.

Rapport d’activité 1998 du centre “la Cité Saint-Martin”.

Bibliographie du domaine statistique

[40] – Statistiques de la Préfecture de Paris : “Paris : Chiffres 1992, données du 31 décembre 1990”.

ANNEXES

[1] - Carte de Paris	1
[2] - Situation géographique des structures d'accueil et d'hébergement à Paris	2
[3] - Nombre de places d'hébergement par arrondissement	3
[4] - Etat des capacités d'hébergement en C.H.R.S., 1997	4
[5] - Nombre de places C.H.R.S. par arrondissement	5
[6] - Principales caractéristiques des malades mentaux accueillis en C.H.R.S.	6
[7] - Secteurs de psychiatrie générale de Paris rattachés à des établissements situés hors de Paris	9
[8] - Nouvelle sectorisation en psychiatrie générale à Paris, prévue par la carte sanitaire d'Ile de France, juin 1998	10
[9] - Liste des entretiens réalisés	11
[10] - Grille d'entretien	12